



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



Análise comparativa do impacto das ULS [Unidades Locais de Saúde] e dos ACeS [Agrupamentos de Centros de Saúde] no processo de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares

Inês Lourenço Dias de Matos

Orientador: Professor Adalberto Campos Fernandes

VII Curso de Mestrado em Gestão em Saúde

Lisboa, Julho 2013

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado não teria sido possível sem o apoio de algumas pessoas, às quais estou profundamente grata.

Desta forma, quero primeiramente agradecer ao professor Adalberto Campos Fernandes pela sua orientação e disponibilidade, e acima de tudo pela transmissão do seu saber, saber este que foi fundamental para o contorno de alguns problemas que foram surgindo ao longo deste trabalho.

Em segundo lugar, quero agradecer ao professor Paulo Sousa o tempo que disponibilizou para se reunir comigo, esclarecendo-me dúvidas e apresentando-me soluções, tempo este que se revelou essencial para a concretização desta tese.

Ao professor Pedro Aguiar, um sincero obrigado pela ajuda fundamental que me deu durante todo o processo estatístico.

De igual modo, agradeço a todos os médicos de família que colaboraram no preenchimento dos questionários, pois sem eles também nunca teria sido possível a realização deste trabalho.

Aos meus amigos, um obrigada pela paciência, pelo apoio, pela força e sobretudo por nunca terem deixado de acreditar em mim.

Por fim, um agradecimento sincero a toda a minha família, em especial aos meus pais, pois sem eles nunca teria conseguido realizar este trabalho. Para mim, sempre foram exemplos de coragem, trabalho e dedicação e como tal, desistir nunca foi opção. A eles dedico este trabalho!

Resumo

Palavras-Chave: Unidades Locais de Saúde; Agrupamentos de Centros de Saúde; Articulação de cuidados; Médicos de família; Especialistas hospitalares

Introdução: O presente trabalho, desenvolvido ao longo dos últimos meses, teve como objetivo analisar comparativamente o impacto das Unidades Locais de Saúde e dos Agrupamentos de Centros de Saúde no processo de articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares. Para tal, foram avaliadas as seguintes variáveis: frequência de contacto entre médicos de família e especialistas; percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família; percentagem de recusas recebida pelos médicos de família; e tempo de espera entre o pedido das consultas hospitalares e a efetivação das mesmas para as especialidades mais referenciadas. As instituições escolhidas para o estudo foram a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e o ACeS Cova da Beira.

Metodologia: O instrumento de medida utilizado para este estudo foi um questionário, com questões de resposta aberta e fechada, dirigido a médicos de família da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e do ACeS Cova da Beira, pretendendo assim averiguar a perceção que os mesmos têm em relação às variáveis descritas no tópico da Introdução.

Resultados: Segundo dados estatísticos, meramente descritivos, os médicos de família da ULSCB apresentaram uma frequência de contacto inferior aos médicos de família do ACeS com os médicos hospitalares, e a percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família da ULSCB revelou ser também inferior à recebida pelos médicos de família do ACeS. No entanto, as diferenças encontradas não puderam ser confirmadas para a amostra existente, uma vez que o teste Qui-quadrado foi inconclusivo. Quanto à percentagem de recusas recebida pelos médicos de família de ambas as instituições, e aos tempos de espera para a realização das consultas das especialidades mais referenciadas pelo ACeS Cova da Beira e pela ULSCB, a ULSCB não mostrou desvantagem significativa, mas também não revelou superioridade.

Conclusão: As principais conclusões extraídas deste estudo vão no sentido de questionar a eficácia do modelo de organização institucional das ULS | Unidades Locais de Saúde no que diz respeito à articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares, em particular, no que se refere à partilha de informação clínica e à eficiência do processo de referenciação para consultas hospitalares.

Abstract

Key words: Local Health Units; Groups of Health Centres; Healthcare Articulation; Primary Physicians; Hospital Specialists.

Introduction: The present document, developed throughout the preceding months, aims to analyse, in a comparative fashion, the impact of Local Health Units and Groups of Health Centres on the articulation process between primary healthcare and hospitals. In order to do so, the following variables were evaluated: frequency of contact between primary physicians and specialists; percentage of response data received by the contacted physicians, and subsequent refusal percentage; and the elapsed time between hospital appointment requests and the actual enforcement of these appointments, for highly referenced medical specialties. The institutions chosen for this study were the *Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB)* and *ACeS Cova da Beira (ACeS)*.

Methodology: The quantitative measuring instrument used in this study consists of a questionnaire, with both open and closed-answer format questions, which was directed at primary physicians in the *Unidade Local de Saúde de Castelo Branco* and the *ACeS Cova da Beira* facilities, with the intent of ascertaining their perception on the variables described in the Introduction topic.

Results: According to the, merely descriptive, statistical data gathered throughout this study, primary physicians in the *ULSCB* exhibited a lower frequency of contact with hospital staff doctors than those working in *ACeS*. The percentage of response data received by the physicians in *ULSCB* was also revealed to be inferior to that of *ACeS*'s. However, these differences could not be confirmed for the considered sample, as the respective Qui-squared distribution test was deemed inconclusive. As for the percentage of refusals received by physicians of both institutions, and the elapsed time for the enforcement of the most referenced specialty appointments of *ACeS Cova da Beira* and *ULSCB*, the study shows that the latter does not present any significant advantage or disadvantage over the former.

Conclusion: The main conclusions drawn from this study are directed towards questioning the effectiveness of the institutional organization model in the *ULS* | Local Health Units, in special regard to the articulation between primary healthcare and hospital healthcare, and, in particular, the share of clinical information and efficiency of medical appointment processes.

Conteúdo

Índice de Gráficos.....	iii
Índice de Tabelas.....	iii
Índice de Abreviaturas.....	iv
Introdução.....	2
Capítulo I – Enquadramento teórico.....	5
1 – Modelos de Organizações prestadoras de cuidados de saúde	5
1.1 – Agrupamento de Centros de Saúde.....	5
1.2 – Unidades Locais de Saúde.....	7
1.2.1 - Definição e Razões para a sua criação	7
1.2.2 - Enquadramento Histórico-Legislativo.....	10
1.2.3 - Estrutura.....	11
1.2.4 - Objetivos	12
2 – Integração e Continuidade de Cuidados	14
2.1 - Relevância da Integração e Continuidade dos Cuidados de Saúde	14
2.2 - Barreiras à Integração vertical dos cuidados de saúde.....	16
2.3 - Clarificação de conceitos	17
2.4 - Condicionantes da Integração e Continuidade dos Cuidados de Saúde.....	19
2.5 - A Integração e Continuidade de Cuidados de Saúde em Portugal	22
3 – O Processo de Referenciação dos doentes	24
3.1 - Definição de alguns conceitos básicos	24
3.2 - O processo de referenciação aos cuidados de saúde secundários.....	24
3.3 - O processo de referenciação aos cuidados de saúde primários	27
3.4 - O Processo de referenciação aos cuidados continuados integrados	28
3.5 - Como melhorar a relação entre o médico de família e o hospital?	29
Capítulo II – Metodologia	32
1 – Objetivos específicos do trabalho	32
2 – Tipo de estudo.....	32
3 – Estratégia metodológica utilizada	32
4 – Caracterização da população-alvo	33
5 – Caracterização das instituições participantes no estudo	33
5.1 – ACeS da Cova da Beira	33
5.2 – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	35

6 – Testes estatísticos.....	36
6.1 – Teste do Qui-quadrado.....	36
6.2 – Correlações bivariáveis de Pearson.....	37
Capítulo III – Resultados	39
Capítulo IV - Discussão de Resultados.....	52
Conclusões.....	56
1 – Considerações Finais.....	56
2 – Limitações do Estudo.....	57
Referências Bibliográficas.....	60
Anexos.....	65

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Envelhecimento da população (%)	22
Gráfico 2 – Percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família	45
Gráfico 3 – Altura em que os médicos de família recebem a informação de retorno	45
Gráfico 4 – Percentagem de recusas recebida pelos médicos de família	47
Gráfico 5 – O principal motivo para os especialistas hospitalares recusarem algumas referenciações.....	47
Gráfico 6 – Frequência do contacto entre os médicos de família e os especialistas hospitalares	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Número de utentes por centro de saúde no ACeS Cova da Beira	34
Tabela 2 – Correlações bivariáveis de Pearson.....	37
Tabela 3 – Número de médicos de família inquiridos	39
Tabela 4 – Os 3 motivos principais que levam os médicos de família a referenciar.....	39
Tabela 5 – As 5 especialidades mais referenciadas pelos médicos de família	40
Tabela 6 – Tempo de espera entre o pedido de uma consulta e a efetivação da mesma no ACeS Cova da Beira	41
Tabela 7 – Tempo de espera entre o pedido de uma consulta e a efetivação da mesma na ULSCB.....	42
Tabela 8 – As 3 especialidades que geram maior informação de retorno	43
Tabela 9 – As 3 especialidades que geram menor informação de retorno	44
Tabela 10 – Os 3 principais motivos para os especialistas não enviarem informação de retorno	46
Tabela 11 – Correlações entre as variáveis de estudo	49
Tabela 12 – Correlações entre as variáveis de estudo	49

Índice de Abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSS – Cuidados de Saúde Secundários

DGS – Direção Geral de Saúde

EPE – Entidades Públicas Empresariais

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SA – Sociedade Anónima

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Serviço Público Administrativo

SPSS – Statistical Package for the Social Scienses

ULS – Unidades Locais de Saúde

ULSCB – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução

Introdução

A integração dos cuidados de saúde tem ganho bastante relevância, uma vez que esta é fundamental para responder de uma forma eficiente às necessidades dos utentes. A integração dos cuidados tem como objetivo melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, o acesso aos serviços de saúde, o relacionamento entre doentes e prestadores, e fazer com que, tanto utentes como profissionais de saúde se sintam mais satisfeitos.

Genericamente, a integração é um processo que implica a construção e administração de uma estrutura inter e intraorganizacional, a fim de coordenar todos os esforços direcionados para o seu elemento central, o utente. Neste sentido, poderá haver a necessidade de supervisionar diferentes níveis de cuidados, não só os primários como também os secundários, uma vez que estes últimos são caracterizados por consecutivas fragmentações entre serviços.

“A mudança de uma atuação centrada no tratamento da doença para um novo paradigma focado no bem-estar geral do utente é urgente e a oferta de cuidados centrada na figura do hospital deverá dar lugar a políticas de saúde mais focadas na promoção da saúde e prevenção da doença, o que obrigará necessariamente a mais e melhor coordenação entre os vários níveis de cuidados de saúde.” (Costa e Santana, 2008) Foi neste contexto que surgiram as Unidades Locais de Saúde (ULS), com o objetivo de fazerem crescer a coordenação entre dois níveis de cuidados (os primários e secundários), e o sucesso das mesmas é comumente associado ao papel crucial que os cuidados de saúde primários (CSP) têm nos utentes.

A presente dissertação tem assim como objetivo geral comparar as ULS aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), segundo a perspetiva dos médicos de família, tendo em conta 4 variáveis: a frequência de contacto entre médicos de família e especialistas hospitalares, o tempo de espera entre o pedido de uma consulta hospitalar e a realização da mesma para as especialidades mais referenciadas pelos médicos de família, a percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família e a percentagem de recusas recebida por parte dos mesmos.

Quanto à estrutura, este trabalho, para além de ser constituído por esta abordagem introdutória, onde se faz um enquadramento do tema, se descreve o objetivo geral do trabalho e se apresenta a estrutura do mesmo, é ainda constituído por mais quatro capítulos e pela conclusão.

O capítulo I, que abarca o enquadramento teórico acerca de dois modelos de organizações prestadoras de cuidados de saúde (ACeS e ULS), da problemática integração e continuidade de cuidados de saúde e do processo de referenciação dos doentes.

O capítulo II, que refere detalhadamente os objetivos específicos do trabalho, o tipo de estudo que foi realizado e a estratégia metodológica escolhida, e onde será feita uma caracterização da população-alvo e das instituições participantes no estudo e uma alusão aos testes de análise estatística por mim utilizados.

O capítulo III, onde serão apresentados e descritos os resultados obtidos, analisando também o cruzamento das variáveis sempre que achar pertinente fazê-lo.

O capítulo IV, onde será feita uma reflexão dos resultados obtidos no capítulo anterior, verificando o porquê de a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) facilitar ou não a comunicação entre médicos de família e hospitais, o porquê de receber uma maior ou menor percentagem de recusas e uma maior ou menor percentagem de informação de retorno quando comparada com o ACeS Cova da Beira, e compreender a causa do tempo de espera entre o pedido de uma consulta hospitalar e a realização da mesma ser maior ou menor na ULSCB do que no ACeS Cova da Beira.

Por fim, a conclusão, onde serão tecidas algumas considerações finais acerca do tema e onde serão referidas algumas limitações à realização do meu estudo.

Este trabalho terminará com a apresentação das referências bibliográficas e dos anexos, que considero uma consulta fundamental para melhor compreensão do mesmo.

Capítulo I

Enquadramento Teórico

Capítulo I – Enquadramento teórico

1 – Modelos de Organizações prestadoras de cuidados de saúde

1.1 – Agrupamento de Centros de Saúde

A reforma dos CSP apostou na criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), no sentido de haver uma descentralização da gestão dos serviços. Estes foram gerados com o objetivo de prestarem CSP a populações de determinadas áreas geográficas, tendo em conta o princípio de equidade, de modo a que todos os indivíduos possam ter igual acesso a todos os avanços tecnológicos e científicos.

De uma forma geral, este tipo de cuidados de saúde deverá estar orientado para a pessoa, deverá ser integrado, efetivo e seguro, e estar associado a uma continuidade de cuidados.

Em termos gerais, as experiências que os indivíduos têm com os cuidados de saúde são condicionadas pela forma como os profissionais de saúde os tratam, uma vez que os cidadãos dão bastante importância ao respeito e confidencialidade que os profissionais lhes transmitem. No entanto, além de os CSP serem responsáveis pela abordagem da doença, são também responsáveis pelo acompanhamento contínuo dos mesmos ao longo do seu ciclo de vida.

A reforma dos CSP tem como objetivo colocar os cidadãos no centro do sistema de saúde, favorecendo uma relação de proximidade entre os profissionais de saúde dos CSP e os utentes, tornando os cuidados prestados mais eficientes e equitativos de modo a que as características dos cuidados de saúde anteriormente referidas sejam compreendidas e realizadas.

Importa realçar que cada indivíduo vive a doença de uma maneira diferente, sendo que os profissionais de saúde dos CSP deverão estar preparados para responder às necessidades de cada um individualmente, sejam estas físicas, emocionais ou sociais. Por vezes, uma falta de atenção ao contexto familiar ou contexto de uma comunidade em que um indivíduo está inserido poderá ser fundamental para a não deteção de um problema de saúde. O utente tem como expectativa um prestador de cuidados que responda à sua situação específica e por vezes este facto não se verifica, particularmente, em grupos sociais mais desfavorecidos e excluídos.

No entanto, a orientação para a pessoa é crucial para atenuar as dificuldades do utilizador dos cuidados de saúde, mas também para reforçar os níveis de satisfação profissional do profissional de saúde, uma vez que este poderá prestar cuidados mais efetivos se

compreender na sua plenitude a vivência com a doença e a forma como ela os afeta, e não se concentrar apenas no tratamento da doença. Desta forma, irá haver uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, levando também a uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que recebem tais cuidados.

Na prática, isto nem sempre se verifica, uma vez que alguns profissionais de saúde dos CSP pouco interagem com os doentes, limitando-se apenas a prescrições técnicas, sem sequer lhes dar a conhecer os diferentes regimes terapêuticos possíveis para os seus problemas de saúde. Na verdade, é frágil a formação dos profissionais de saúde na orientação para a pessoa, pelo que a possibilidade de um indivíduo contribuir para a sua própria saúde, através da aquisição de estilos de vida saudáveis, poderá não ser aproveitada plenamente. Com efeito, a participação ativa do doente no seu processo de recuperação exige profissionais de saúde capazes de fazer o paciente tomar as decisões mais acertadas quanto à sua saúde.

Contudo, é necessário ter a noção de que os indivíduos possuem problemas diferentes, pelo que as suas necessidades serão também necessariamente diferentes. Face a esta situação, é fundamental que existam recursos disponíveis desde a promoção da saúde e prevenção da doença, ao diagnóstico, tratamento e reabilitação do doente, ou até mesmo à sua referenciação para serviços mais especializados. Um indivíduo que entre em contacto com o sistema de saúde perspetiva, naturalmente, uma oferta integrada de cuidados, reduzindo desta forma a dependência, muitas vezes, desnecessária dos cuidados hospitalares.

Todavia, os profissionais dos CSP nem sempre conseguem resolver todos os problemas de saúde, pelo que têm de ter a capacidade de mobilizar recursos extras, referenciando os doentes para serviços mais especializados. Tal facto não implica que estes profissionais transfiram totalmente a sua responsabilidade pelos doentes, uma vez que estão incumbidos de acompanhar o doente ao longo da sua vida.

A continuidade de cuidados é importante, em aspetos tão relevantes como a saúde mental e reprodutiva, como também para a gestão da doença crónica, sendo que esta depende, em grande medida, da partilha de informação, do acesso aos registos clínicos, no sentido de se poderem fazer as melhores escolhas quanto ao regime terapêutico e de haver uma boa coordenação de cuidados. É igualmente reforçada a ideia de que o uso das tecnologias de informação é fundamental para a partilha de processos clínicos.

Há que referir, a este propósito que muitas vezes os próprios doentes ainda que involuntariamente não contribuem para esta continuidade, dado que frequentemente lhes

são exigidas deslocações às unidades de saúde, que implicam perdas constantes de tempo e custos financeiros elevados.

Para que haja uma continuidade nos cuidados prestados, fator crucial para a obtenção de ganhos em saúde, é também essencial que exista uma relação de proximidade entre os profissionais e a comunidade, o que não acontece com a frequência que deveria acontecer.

Estas relações de proximidade levam o seu tempo até se consolidarem pelo que é desejável que as mesmas se estabeleçam e se mantenham, uma vez que os prestadores, relacionando-se sempre com os mesmos doentes, ficam mais aptos para o conhecimento das suas necessidades, podendo assim responder de uma forma mais adequada às mesmas. Também o facto de os doentes lidarem sempre com o mesmo profissional reforça a facilidade em comunicar, antecipando desta forma os problemas de saúde e contribuindo para a sua gestão mais eficaz.

Tais factos são imprescindíveis, não só para uma maior satisfação profissional do profissional de saúde, pois pode prestar cuidados com maior qualidade, como também para uma maior satisfação do doente, pois só assim poderá utilizar o sistema de saúde de forma mais adequada evitando, nomeadamente, hospitalizações desnecessárias.

No entanto, existem doentes que não recorrem espontaneamente aos serviços de saúde, pelo que os CSP são responsáveis por fazer com que tal situação seja evitada. Desta forma, torna-se necessário investir em atividades de prevenção da doença e promoção da saúde, de procurar voluntários dispostos a animar a comunidade e a fazer visita domiciliária e de alcançar os indivíduos que não têm acesso ou que se sentem excluídos dos serviços de saúde.

1.2 – Unidades Locais de Saúde

1.2.1 - Definição e Razões para a sua criação

Segundo o Estudo sobre a organização e desempenho das ULS – Relatório Preliminar I da Entidade Reguladora de Saúde (2011), a ULS deve ser entendida como *“aquela entidade (única) que se apresenta como responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, visando garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (designadamente, cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados) e da coordenação em rede de todos os elementos que fazem parte integrante do mesmo.”*

Desta forma, as ULS foram criadas não só apenas com o intuito de gerar uma maior e melhor articulação entre os centros de saúde, hospitais e provavelmente outras unidades de cuidados de saúde responsáveis pelo bem-estar da população, através de um processo de integração vertical dos diferentes níveis cuidados de saúde, como também para combater as pressões a que os sistemas de saúde estão sujeitos, como o envelhecimento da população, as restrições orçamentais, as mudanças epidemiológicas das populações e a inovação na saúde (tecnologias de informação e de saúde). Neste sentido, segundo (Costa e Santana, 2008) as ULS foram criadas para:

- Haver uma maior rentabilização da capacidade dos hospitais e dos centros de saúde, de modo a reafectarem melhor os recursos. A substituição do internamento pelo ambulatório programado e a diminuição do tempo de internamento, também parecem ser fundamentais para um aumento da qualidade assistencial, da eficiência técnica e da eficiência económica;
- Ser incrementada a qualidade assistencial através da implementação de programas de gestão da doença que permitam a utilização de guiões de tratamento ou de processos de referenciação que visem uma minimização de erros na prática e uma quebra das barreiras existentes entre os utentes e os profissionais de saúde;
- Existir uma maior centralização do utente no sistema, ou seja, haver uma focalização mais direccionada para as suas necessidades (doenças) do que para as necessidades dos prestadores de cuidados de saúde, o que permitirá dar uma melhor resposta aos utentes de acordo com as suas características individuais;
- Promover o bem-estar da população, dando atenção prioritária às fases primárias de doença, enfatizando desta forma todas as atividades referentes à promoção da saúde e à prevenção da doença;
- Disseminar o risco de negócio, ou seja, manter uma linha não eficiente por meio de outras linhas mais eficientes, uma vez que, através do domínio do processo de produção dos diferentes níveis de cuidados, será possível a utilização da subsidiarização cruzada entre as diferentes atividades realizadas;
- Aumentar as economias de escala através da coordenação dos diferentes níveis de cuidados e do crescimento de poder de penetração no mercado, que farão desta forma aumentar qualitativamente e quantitativamente a produção; e
- Minimizar os conflitos por meio de uma boa coordenação conjunta, não só da produção e do financiamento dos cuidados de saúde, como também da avaliação de desempenho de quem presta os mesmos, pois esta levará a um alinhamento estratégico e operacional. A própria gestão por parte das instituições responsáveis

pela prestação de cuidados de saúde nas várias etapas de produção, poderá originar discordâncias estratégicas e perdas de qualidade assistencial.

Assim sendo, a integração de cuidados de saúde poderá ser uma solução para contornar os obstáculos que os sistemas de saúde enfrentam hoje em dia. Acontece que existem dois tipos de integração de cuidados: a integração horizontal e a integração vertical, sendo que esta última é a responsável pela origem das ULS.

Segundo Samuelson (1988), citado por (Costa e Santana, 2008), existe integração vertical sempre que *“uma organização detém o controlo de pelo menos duas organizações sendo que pelo menos uma delas utiliza como input o output da outra”*. Outra definição associada a este tipo de integração, consiste na *“criação de uma única entidade gestora (propriedade e controlo) de duas ou mais entidades que prestam serviços em diferentes níveis de cuidados no intuito de melhorar o estado de saúde geral de uma população num determinado contexto regional geo-demográfico”* (Brown e McCool, 1986; Conrad e Shortell, 1996a; Byrne e Ashton, 1999; Wan, Lin e Ma, 2002), mencionados por (Costa e Santana, 2008). Já em 2001, Grone e Garcia-Barbero da Organização Mundial de Saúde (OMS), citados por (Costa e Santana, 2008) referiram que a integração vertical visa *“a agregação de inputs, a prestação, e a gestão dos serviços relacionados com a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde.”*

De acordo com (Costa e Santana, 2008), são precisas determinadas condições para se reconhecer que existe uma situação de integração vertical. São elas:

- *“Quem: uma entidade única, responsável pelo estado de saúde;*
- *Onde: num espaço geográfico (regional) delimitado (Brown e McCool, 1986);*
- *Objeto: uma determinada população (Contandriopoulos et al., 2003);*
- *O quê: coordenar em rede os elementos que fazem parte do sistema;*
- *Como: através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados;*
- *Porquê (rationale): para garantir uma prestação de cuidados de saúde com maior eficiência, qualidade e satisfação do utente no sentido de acrescentar valor ao processo de produção e gerar ganhos em saúde para a população.”*

Ao nível organizacional, se é complexo gerir uma organização individualmente, será ainda mais exigente coordenar um sistema que integre diversas instituições responsáveis por diferentes níveis de cuidados. Segundo Daft (1998), citado por Santana (2011), um elemento fundamental para gerir unidades prestadoras de cuidados de saúde será determinar as suas funções, responsabilidades e incentivos ao nível interno. Desta forma, estes itens irão constituir a sua estrutura organizacional que, de acordo com Stoner (1992),

citado por Oliveira, *“é a forma pela qual as atividades de uma organização são divididas, organizadas e coordenadas.”*

1.2.2 - Enquadramento Histórico-Legislativo

Da integração e coordenação de cuidados podem resultar diversos ganhos em saúde, ganhos estes que foram descritos no subcapítulo anterior. No entanto, em Portugal não existe um modelo de referência que satisfaça esta necessidade, daí que se tenham tentado vir a implementar as ULS nos últimos anos.

Com o objetivo de se integrarem cuidados de saúde, inicialmente, segundo o Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro foram criadas unidades integradas de cuidados de saúde que visavam a articulação entre centros de saúde e hospitais, e por sua vez terminar com a separação entre os cuidados primários e os cuidados diferenciados, uma vez que esta divisão se mostrou errada perante a opinião médica. Contudo, de acordo com o Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de Maio, *“Decorridos mais de cinco anos sobre a aprovação do estatuto, verificou-se, todavia, que o modelo nele consagrado para as unidades de saúde, prevendo conselhos internos, todos eles presididos pelo coordenador sub-regional de saúde e compostos apenas por representantes dos hospitais e dos centros de saúde, só muito dificilmente poderia dar resposta à necessária flexibilidade de articulação entre hospitais, centros de saúde e outras instituições da mesma área geográfica, com vista a partilha de recursos e maior disponibilidade de oferta de serviços, de acordo com as necessidades dos cidadãos.”*

Face a isto, em 1999 foram instituídos os sistemas locais de saúde que são, pelo disposto no nº1 do Art 2.º do Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de Maio *“constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.”* Consoante o nº2 do Art 2.º do mesmo Decreto, *“aos SLS cabe assegurar, no âmbito da respetiva área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização da utilização dos recursos.”*

Desta forma, surgiu em 1999 a primeira ULS, em Matosinhos, *“estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial”* segundo o Decreto-Lei n.º 207/99 de 9 de Junho, por forma a melhorar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados (maioritariamente cuidados primários, secundários e continuados), e consequentemente a integração dos mesmos. Assim, pode constatar-se que as ULS surgiram com o objetivo de responder de uma forma mais eficiente às necessidades da população (melhoria da orientação dos utentes dos

centros de saúde para os hospitais e vice-versa, e melhoria de resposta dos diferentes níveis de cuidados individualmente) de uma determinada região, através de uma gestão integrada de cuidados.

Posteriormente e com o intuito de se atingirem estes objetivos noutras regiões, surgiram também a ULS do Norte Alentejano em 2007, a ULS do Alto Minho, a ULS do Baixo Alentejo e a ULS da Guarda em 2008, a ULS de Castelo Branco em 2009, a ULS do Nordeste em 2011, e por fim a ULS do Litoral Alentejano em 2012.

Uma vez que a génese das ULS está intimamente ligada à articulação entre os centros de saúde e os hospitais, será importante referir quais os hospitais que as mesmas poderão integrar. Segundo o nº1 do Art 2.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar de 2002 são eles:

- a) Os hospitais públicos do Setor Público Administrativo (SPA) dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Os hospitais públicos das Entidades Públicas Empresariais (EPE), dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) Os hospitais como Sociedade Anónima (SA) com capitais exclusivamente públicos; e
- d) Os hospitais classificados de privados, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde que não estejam integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

1.2.3 - Estrutura

Tal como já foi referido anteriormente, as ULS foram criadas no sentido de haver uma melhoria da articulação entre os Centros de Saúde (CSP) e os Hospitais (CSS) e provavelmente entre outras entidades de saúde, nomeadamente as unidades de cuidados continuados. Desta forma, será importante descrever cada uma destas instituições, uma vez que estas compõem a estrutura das ULS.

Os CSP devem ser o primeiro nível de contacto que os utentes e respetivas famílias têm com os cuidados de saúde numa determinada área geográfica, área esta o mais próxima possível do local onde os indivíduos vivem. Segundo Imperatori (1985), mencionado por Cláudia Chaves, os CSP consistem na *“prestação de assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postas ao alcance de todas as unidades e famílias das comunidades, com a sua inteira participação e que possa ser financeiramente mantida pelo*

país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação.” De acordo com o mesmo autor, os CSP tentam responder de forma adequada às necessidades da população, implicando desta forma a participação da mesma com responsabilidade, e refletem o contexto económico e social da comunidade onde estão integrados. Os CSP devem assim dar uma atenção primordial à promoção da saúde e prevenção da doença.

Os CSS são definidos, de acordo com (Costa e Santana, 2008), *“pela representação do conjunto de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a doentes na fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios/recursos com tecnologia diferenciada. Habitualmente são prestados em unidades hospitalares e resultam em episódios de curta duração.”*

Os cuidados continuados integrados, *“são os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência. Estas intervenções integradas de saúde e apoio social visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.”*¹ A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) integra equipas e unidades de ambulatório e internamento que são as responsáveis por esta prestação continuada de cuidados a todos os indivíduos que necessitem, nomeadamente os doentes crónicos, as pessoas dependentes e todos os que estão na fase terminal da sua vida, com o objetivo de lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida.

1.2.4 - Objetivos

As ULS foram criadas no sentido de prestarem cuidados de saúde integrados às populações, respondendo da forma mais adequada e eficiente às suas necessidades. Como tal, o Contrato-Programa 2012 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) refere que estas, tal como os hospitais, têm como fim:

- Aumentar o acesso e o desempenho das instituições, implementando indicadores de qualidade e eficiência nas mesmas;
- Controlar o desempenho financeiro das instituições com a introdução de novos instrumentos previsionais, como o Balanço Previsional e a Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa;

¹ <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/cuidados+continuados/cuidados+continuados.htm>

- Conseguir uma união da tabela de preços na prestação de cuidados de saúde;
- Aumentar os proveitos extra contrato-programa através da implementação de processos que permitam este mesmo aumento;
- Aumentar o financiamento concedido a doentes portadores do vírus VIH/sida em tratamento ambulatorio;
- Utilizar eficientemente os recursos das instituições, dando especial atenção aos conselhos dados pelos grupos de estudo da Rede Hospitalar;
- Ajustar a oferta de cuidados de saúde à procura de cuidados de saúde, procura esta dependente das necessidades da população;
- Substituir a assistência urgente pela atividade programada em consequência da articulação entre os cuidados hospitalares e os CSP;
- Promover o acesso às primeiras consultas hospitalares, cumprindo os tempos máximos de resposta garantidos;
- Gerir eficientemente as consultas hospitalares posteriores à primeira, no sentido de encaminhar o utente para os CSP assim que a sua situação clínica o permitir;
- Promover o acesso a cirurgia através do programa Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), cumprindo os tempos máximos de resposta garantidos;
- Promover, sempre que possível, a transferência de cuidados prestados em ambiente hospitalar para CSP, possibilitando assim aos utentes uma maior proximidade e acesso aos cuidados de saúde;
- Reduzir o tempo de internamento e o tempo de espera para tratamento em ambulatorio, aumentando simultaneamente a articulação dos hospitais com os centros de saúde;
- Promover os cuidados prestados em ambulatorio em detrimento dos cuidados prestados durante o internamento;
- Incitar melhores práticas de gestão clínica;

Especificamente, as ULS deverão ainda:

- Transferir os cuidados prestados nos hospitais para os CSP e cuidados continuados, devido ao nível de coordenação com outras instituições de saúde e pela exaustiva integração vertical de cuidados;
- Aumentar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, facilitando desta forma a referência entre as diversas instituições de saúde;

- Fortalecer o acompanhamento a utentes que precisem de cuidados após a alta hospitalar, garantindo assim uma prestação de cuidados de saúde contínua;
- Utilizar os recursos disponíveis eficientemente para que os cuidados de saúde possam ser utilizados corretamente, visando obter ganhos em saúde; e por fim,
- Promover a implementação de programas de saúde em escolas e diversos locais de trabalho, dando atenção primordial à promoção da saúde.

2 – Integração e Continuidade de Cuidados

2.1 - Relevância da Integração e Continuidade dos Cuidados de Saúde

Os sistemas de saúde estão hoje cada vez mais sujeitos a pressões, sendo desta forma necessário que estes estejam preparados para responder às mesmas, onde a integração de cuidados desempenhará um papel fundamental. Segundo a Pew Commission (1998), referida por Costa *et al.* (2009), os próximos anos ficarão assinalados pelos seguintes desafios:

- Alteração da definição de prestação de cuidados de saúde: existirá propensão para uma mudança do paradigma centrado no tratamento da doença para o paradigma com foco no bem-estar geral do doente, sendo que a oferta de cuidados de saúde deverá ser substituída por políticas de saúde centradas na promoção da saúde e prevenção da doença, levando assim a uma maior e melhor interligação entre os diferentes níveis de cuidados;
- A pressão económica: as restrições orçamentais são também um dos desafios que os sistemas de saúde tentam hoje ultrapassar, uma vez que, para reduzir o PIB serão necessários cortes nos apoios sociais e no setor da saúde. Desta forma, os recursos terão de ser geridos eficientemente;
- O envelhecimento da população: este tem levado a alterações epidemiológicas, sendo que as doenças crónicas têm tido uma prevalência cada vez mais acentuada. Desta forma, uma maior e melhor coordenação de cuidados será fundamental, pelo que se esperam melhorias ao nível da eficiência e da efetividade. Assim sendo, a gestão da doença será crucial, pois permitirá aos indivíduos viver mais e com melhor qualidade;
- As tecnologias de informação: *“para garantir a partilha e a integração da informação”* (Hofmarcher et al., 2007), referido no Estudo “Integração e Continuidade de Cuidados” do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A partilha de informação clínica será essencial para uma prestação de cuidados com qualidade, pois existirá

comunicação entre os diversos profissionais de saúde dos diferentes níveis de cuidados, o que levará necessariamente a tomadas de decisões melhores e mais rápidas e consequentemente a um melhor acompanhamento do doente;

- Avanços científicos no tratamento da doença: com os avanços tecnológicos na área clínica esperam-se, naturalmente, custos associados aos mesmos. Desta forma, é importante que o tratamento de doenças em ambulatório aumente;
- Melhorar o nível de qualidade assistencial: uma vez que existem elevados erros desnecessários, torna-se importante a criação de programas de gestão da doença que permitam, não só quebrar as barreiras existentes entre os doentes e profissionais de saúde, como também orientar os doentes de uma forma menos errónea;
- Alteração do perfil dos consumidores: com a globalização que se tem vindo a verificar, torna-se evidente o cruzar de várias culturas com necessidades bastante diferentes. Por sua vez, face à situação económica atual em que o país se encontra, é natural que os consumidores procurem a melhor relação entre o preço e a qualidade. Desta forma, a diminuição da assimetria de informação será vantajosa, pois os agentes da procura serão mais racionais nas duas escolhas;
- Reafecção de recursos: é também uma questão relevante, pois será bastante vantajoso, sempre que possível, substituir o internamento pelo tratamento em ambulatório, pois este levará a um aumento da qualidade assistencial e a uma diminuição dos recursos gastos;
- Globalização e expansão da economia mundial: com o cruzamento das diversas culturas referido anteriormente, espera-se uma cultura de competição geral, onde a procura de novos conhecimentos deve ser primordial; e
- Mudança epidemiológica: as organizações prestadoras de cuidados de saúde deverão estar preparadas para responder a todas as necessidades dos utentes, não só às doenças menos vulgares, como também às doenças crónicas, uma vez que o envelhecimento da população tem aumentado substancialmente nos últimos anos e estas são mais frequentes em indivíduos de idades mais avançadas. Desta forma, irão permitir aos doentes viver mais anos de vida com melhor qualidade.

Perante este cenário de incerteza, a articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde tem ganho especial importância. Segundo o estudo “Integração e Continuidade de Cuidados” do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, *“A Integração é entendida como um meio para melhorar o acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos de eficiência.”* Para (Delnoij, Klazinga e Velden, 2003),

citados por (Costa e Santana, 2008), “*é importante caminhar no sentido de uma integração de cuidados de saúde, onde a promoção da saúde, o diagnóstico, tratamento e reabilitação devam ser etapas encaradas como uma interligação contínua de cuidados de forma a obter ganhos em saúde.*”

2.2 - Barreiras à Integração vertical dos cuidados de saúde

Uma vez que as ULS são um modelo de integração vertical dos cuidados de saúde, importa referir quais as barreiras que estão associadas à implementação deste processo de integração. Segundo Shortell et al. (2000), mencionado por (Costa e Santana, 2008), os principais obstáculos à mesma são:

- A falha de interpretação do novo *core business* criado pelas instituições integradas. Durante a década de 90, a *American Hospital Association* focou-se inteiramente na prestação de cuidados junto das comunidades, no entanto, esta atenção primária para os CSP em detrimento dos CSS não foi respeitada por todas as organizações de manutenção da saúde. Desta forma, de acordo com Young e Barrett (1997) este enfoque central nos CSP foi difícil de atingir, dado que os hospitais continuam a ser considerados os detentores de grandes capitais. Algumas organizações de manutenção da saúde centraram-se ainda nas áreas administrativas, obtendo ganhos derivados de economias de escala e de uma elevada capacidade negocial, mas que se mostraram limitados no tempo, pelo que as dimensões funcionais de integração se tornaram pouco prováveis de concretizar na prática;
- A resistência provocada pelas diversas culturas organizacionais das unidades integradas que resultaram, num contexto histórico, da junção de várias instituições prestadoras de cuidados de saúde. É necessário realçar que estas diversas unidades integradas compreendiam todo um conjunto de culturas e valores derivados das diferentes instituições que se agregaram. No entanto, os valores e culturas têm raízes profundas e são bastante difíceis de modificar, pelo que, por vezes, se tornava complicado o consenso nas unidades que se integraram;
- A concentração máxima nas *cash-cows*, que são instituições detentoras de grande capital (grandes hospitais), pelo que geram margens de lucro bastante elevadas. Enquanto nas realidades não integradas há um excesso de lucro, nas integradas os pagamentos são feitos por capitação, pelo que uma maior produção exige mais recursos e naturalmente mais custos;

- A proximidade geográfica existente entre as diversas organizações, uma vez que as unidades integradas resultaram da agregação de várias instituições prestadoras de cuidados de saúde próximas geograficamente, e que por isso estas realidades integradas viviam num ambiente extremamente competitivo ao nível de recursos técnicos, humanos e financeiros. Como tal, valores como a partilha e cooperação mútua eram por vezes descorados;
- A desigualdade entre a dimensão estrutural das instituições a integrar, dado que o processo de integração surgiu por parte dos hospitais e por esta razão as instituições de menor dimensão entraram em conflito com as de maior dimensão, reclamando a perda de controlo financeiro e de produção. Desta forma, os objetivos traçados e as estratégias delineadas tornaram-se difíceis de alcançar, complicando assim a obtenção de ganhos comuns.

2.3 - Clarificação de conceitos

O termo integração de cuidados de saúde tem a si associado diversos conceitos, e como tal torna-se importante distingui-los e defini-los.

A **integração de cuidados de saúde** é maioritariamente associada aos cuidados continuados, cuidados estes que, segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho são definidos como *“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.”* Assim, os cuidados continuados englobam cuidados prestados a indivíduos durante longos períodos de tempo e em casa, deixando os utentes de estar apenas inerentes às instituições. O objetivo da integração é assim, de acordo com o estudo “Integração e Continuidade de Cuidados” do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, *“garantir aos utentes, dependendo da sua situação concreta, acesso ao tipo e intensidade de cuidados que efetivamente necessitam, no tempo e lugar mais adequados. O propósito é conseguir uma prestação de cuidados com um desenho menos orientado pela oferta e mais focado nas necessidades efetivas dos utentes, defendendo-se que, para além dos ganhos em saúde, a integração de cuidados pode melhorar o acesso, elevar os níveis de serviço na prestação e possibilitar a obtenção de ganhos de eficiência.”* No entanto, segundo o mesmo estudo, antes de se integrarem cuidados serão precisos ter em conta diversos aspetos tais como:

- Encontrar maneiras de integrar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação;
- Rever o processo de referenciação dos utentes;
- Integrar a informação dos utentes;
- Determinar quem englobar no plano de cuidados;
- Rever as competências dos profissionais;
- Definir as entidades a integrar e como integrá-las;
- Avaliar a importância da sociedade na prestação de cuidados de saúde aos utentes; e
- Verificar as possibilidades de integração interinstitucional e intrainstitucional.

Ao termo **coordenação de cuidados** está associado o objetivo da redução de recursos gastos desnecessariamente, e não o da obtenção de bons resultados respeitantes à saúde dos doentes, tal como na gestão de caso. Contudo, podem surgir algumas responsabilidades por doentes, pelo que a coordenação de cuidados de saúde está também desta forma relacionada com a articulação entre os diversos prestadores de cuidados, garantindo aos doentes (principalmente crónicos, uma vez que precisam de cuidados com maior frequência) os melhores cuidados de acordo com as suas necessidades.

À integração de cuidados de saúde estão ainda associados outros termos como a gestão de caso, a gestão da doença e os critérios de referenciação.

A **gestão de caso** tem como fim obter bons resultados na saúde dos doentes e como tal, é responsável pelo acompanhamento constante aos doentes de risco, aquando da sua alta hospitalar. Desta forma, cabe à gestão de caso quebrar as barreiras existentes entre os doentes mais necessitados e os profissionais responsáveis pelo seu bem-estar após o seu internamento (fornecimento de refeições, contratação de cuidadores informais e até mesmo o transporte dos doentes para as organizações prestadoras de cuidados diferenciados), sendo o médico o responsável por este elo de ligação. À gestão de caso, toca também a responsabilidade de avaliar as necessidades destes doentes e por conseguinte elaborar um plano individual de cuidados que inclua os perigos por eles a evitar e os comportamentos saudáveis que os mesmos deverão ter. Assim, poderá evitar reinternamentos e uma procura excessiva de cuidados por parte dos doentes que necessitem de um acompanhamento contínuo.

A **gestão da doença** está principalmente focada em doentes crónicos, uma vez que as doenças crónicas são bastante complexas e dispendiosas, pelo que exigem uma boa gestão de recursos. Esta tem assim como objetivo coordenar a prestação de cuidados a diferentes

indivíduos crónicos, controlando da melhor forma possível o estadió da doença em que cada doente se encontre. Segundo a *Disease Management Association of America*, mencionada por Coelho et al. (2010), a gestão da doença é definida como *“um sistema coordenado de intervenções de saúde e de comunicação, para e com a população, assegurando condições para que os esforços de desenvolvimento de auto-cuidado sejam significativos e consequentes.”*

Os **critérios de referenciação** são os responsáveis por definir o que os utentes deverão fazer, onde e quando, ou seja, são um aspeto fundamental para informar os utentes sobre o percurso que os mesmos deverão realizar durante o seu tratamento. Este processo poderá ir desde o primeiro contacto que os utentes têm com as instituições prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde) até aos hospitais, onde são tratados. A gestão por processos compreende tanto as expectativas dos utentes como as dos profissionais de saúde. Como tal, o desempenho das instituições prestadoras de cuidados de saúde só pode ter nota máxima se o estado final do doente após qualquer intervenção dos profissionais de saúde assim o permitir. Dado que a qualidade assistencial está intimamente ligada à continuidade dos cuidados prestados, torna-se importante uma boa gestão da transição entre os diferentes níveis de cuidados. De acordo com o estudo “Integração e Continuidade de Cuidados” do Plano Nacional de Saúde 2001-2016, citando Oliveira (2003), *“Na gestão por processos, defende-se uma organização descentralizada, mais orientada para os resultados, onde a continuidade assistencial seja um elemento que acrescente valor.”* Para uma gestão de processos positiva, é necessário que haja um compromisso entre as diversas instituições e os diversos profissionais, profissionais estes dotados de uma grande responsabilidade e autonomia na sua prática clínica.

2.4 - Condicionantes da Integração e Continuidade dos Cuidados de Saúde

Segundo o estudo *“Integração e Continuidade de Cuidados” do Plano Nacional de Saúde 2011-2016*, a integração dos cuidados de saúde pode ser influenciada por diversos fatores tais como:

1. A forma de remuneração aos prestadores que pode ser dividida em dois grupos: o pagamento retrospectivo (pagamento ao ato) que tem como grandes vantagens a liberdade dos prestadores na sua prática clínica e a continuidade nos cuidados que prestam. No entanto, este tipo de pagamento tem uma grande desvantagem que é o facto dos prestadores encorajarem a procura se assim o pretenderem; e o pagamento prospetivo (salário e capitação) onde os médicos são incentivados a manter baixos custos, procurando obter na sua prática clínica a melhor relação custo-eficácia, tentando desta forma não diminuir a qualidade dos cuidados

prestados. Estas formas de pagamento também podem ser bastante vantajosas, uma vez que os profissionais serão também incentivados na introdução de medidas de prevenção na prestação de cuidados. Nestes tipos de pagamento, os prestadores poderão ainda receber incentivos para não aceitarem doentes de grau elevado, dado que se podem tornar doentes de pouca rentabilidade. Contudo, nestes sistemas de pagamento a motivação dos profissionais poderá vir a diminuir, sendo que a qualidade do atendimento aos utentes poderá assim sofrer uma baixa. Relativamente a estes dois tipos de pagamento aos profissionais de saúde, não existe evidência científica de que algum seja o ideal. Neste sentido, a combinação de ambos poderá ser a solução perfeita para um aumento da qualidade e um maior controlo dos custos;

2. O modelo de governação: para uma boa integração de cuidados de saúde parecem ser vantajosas estruturas mais flexíveis e menos centralizadas. Assim, a estrutura mais adequada a uma prestação de cuidados de saúde integrada deverá ser a estrutura matricial, uma vez que esta integra programas de gestão da doença que permitem uma integração da informação clínica, financeira e de produção por doente, que permitem uma maior responsabilização das unidades prestadoras de cuidados relativamente aos gastos e rendimentos, que se focalizam especialmente no doente, respondendo de forma adequada às suas necessidades, e que dão aso a uma maior comunicação entre os vários níveis de cuidados de saúde. No entanto, a relação entre os custos destes programas e a qualidade dos cuidados prestados ainda não é significativa;
3. A forma de afetação de recursos entre os vários níveis de cuidados: “O crescimento da despesa (...) decorre (...) da procura crescente de cuidados (...)” (Pedro Pita Barros, 2008). Como tal, é necessário que os cuidados em ambulatório ganhem um peso significativo relativamente ao internamento, impondo aos governos a necessidade de os mesmos reverem a distribuição de recursos entre estas duas áreas de cuidados, no sentido da produtividade ser maximizada com o menor consumo de recursos possível. É necessário também que os cuidados em ambulatório respondam de forma adequada aos doentes crónicos, tornando os profissionais de saúde dos CSP cruciais no processo de gestão da doença crónica;
4. Os critérios de referenciação: onde se identificam os profissionais que são responsáveis pelos doentes durante todo o seu processo de tratamento, inclusive pela sua transição entre os diferentes níveis de cuidados. Este acompanhamento

aos doentes, durante o tratamento e após a sua alta, será fundamental na integração de cuidados, sendo que os médicos de família desempenham inicialmente um papel preponderante na coordenação dos mesmos;

5. A revisão dos perfis de competências dos profissionais de saúde: será importante analisar as competências dos profissionais, bem como avaliar as lacunas na sua formação, uma vez que os agentes da procura estão cada vez mais exigentes. Para uma boa integração dos cuidados de saúde é necessário que exista também um “gestor de caso” que permita articulações inter e intrainstitucionais, de modo a quebrar as barreiras existentes entre os profissionais de saúde e os utentes e entre os próprios profissionais, respetivamente;
6. A integração da informação: é outro aspeto importante na integração de cuidados de saúde, mas só será possível integrá-la com o uso e avanço das tecnologias de informação e comunicação. A disponibilização de informação aos utentes é bastante importante, uma vez que *“o paciente deve ter o poder de jogar um papel mais ativo nos seus próprios cuidados de saúde”* (Collste, 2002: 123), mencionado no estudo “Tecnologias de Informação e Comunicação” do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Outro aspeto a ter em conta é a troca de informação entre os diversos profissionais de saúde, que será bastante vantajosa não só para melhores tomadas de decisão por parte dos médicos, como também para um melhor encaminhamento dos doentes e consequentemente uma maior adequação nos cuidados prestados aos mesmos. Como tal, *“A existência de um processo clínico eletrónico é hoje uma prioridade, fundamental para garantir um acompanhamento mais eficaz do doente ao longo de todo o processo de produção.”* (Estudo “Integração e Continuidade de Cuidados” do Plano Nacional de Saúde 2011-2016); e por fim,
7. A participação do doente: visto que em todo o processo de tratamento de qualquer utente podem intervir diferentes profissionais de saúde em diversos lugares (centros de saúde, hospitais, lares, etc), há uma grande probabilidade de ocorrerem erros e de existir uma fragmentação nos cuidados prestados. Esta fragmentação poderá levar a guias de tratamento confusos para os doentes, bem como para os prestadores informais de cuidados no período pós-alta. Como tal, segundo Coleman et al., (2002) é necessário que exista uma boa gestão das transições entre os diferentes níveis de cuidados, tendo em conta a troca de informação entre os diferentes profissionais de saúde sobre a medicação e os guias de tratamento pelos quais doentes e familiares se devem reger, a participação do doente no seu próprio

processo de tratamento, realçando desta forma a importância que a disponibilização atempada de informação ao mesmo tem, a capacidade de gestão da doença por parte dos doentes com o intuito destes conseguirem lidar com a mesma da melhor forma possível, e a recolha de informação por parte dos utentes que os ajudará desta forma a tomar as decisões mais acertadas acerca da sua saúde.

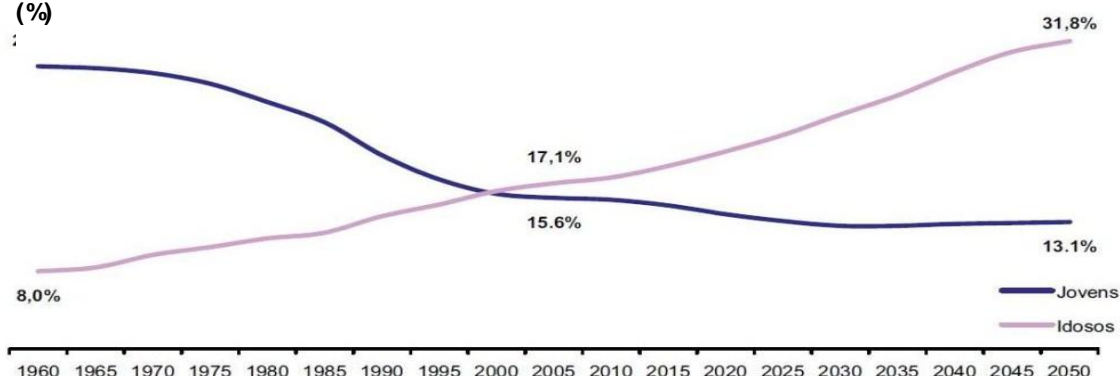
2.5 - A Integração e Continuidade de Cuidados de Saúde em Portugal

O objetivo deste subcapítulo é avaliar a relevância que tem sido dada à integração e continuidade de cuidados de saúde e mencionar algumas das experiências que se têm feito a este nível no contexto nacional.

A integração e continuidade de cuidados de saúde tem vindo a ganhar cada vez mais importância e isso está bem patente numa orientação da Direção Geral de Saúde (DGS) de 2013 que refere *“a continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados como elementos essenciais para garantir que o doente recebe os melhores cuidados de saúde, atempados, efetivos e com base na evidência e no consenso científico.”*

No entanto, têm existido desde sempre dificuldades na coordenação entre os diferentes níveis de cuidados, pelo que, tal como já foi referido anteriormente, se criaram as unidades integradas de cuidados, posteriormente os sistemas locais de saúde e, mais tarde, as ULS, sendo que estas, uma vez que abrangem apenas determinadas áreas geográficas poderão evoluir para um modelo mais avançado futuramente.

Gráfico 1 - Envelhecimento da população (%)



Fonte: INE

Em Portugal, importa referir que o envelhecimento da população tem aumentado nos últimos anos, tal como se pode verificar no gráfico 1, o que faz com que o papel dos prestadores informais de cuidados se torne fundamental na prestação de cuidados continuados aos doentes. No entanto, a azáfama das famílias de hoje em dia nem sempre permite que estas

prestem os cuidados necessários aos mesmos, sendo que as Misericórdias, a par das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), ambas co-financiadas pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, têm desempenhado funções cruciais para o bem-estar de pessoas idosas e em situação de dependência.

Para este fim, a RNCCI também tem sido fundamental, fomentando a continuidade de cuidados e promovendo a autonomia e apoio social a pessoas dependentes e idosas. Esta, articulando-se com outros níveis de cuidados poderá assim ter também uma grande influência no *empowerment* dos doentes e nos cuidadores informais na gestão das doenças crónicas.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 refere a gestão integrada da doença como uma prioridade. Desta forma, a ACSS e a DGS desenvolveram programas de gestão da doença no ano de 2007, programas estes que, segundo Faulkner (2003), citado por Coelho et al., *“têm sido capazes de aumentar e melhorar tanto os resultados em saúde como os resultados económicos, através de uma prática avançada, planeada, baseada na evidência e corretora de deficiências estruturais.”* Segundo o Department of Health (2004) e a OCDE (2007), mencionados por Coelho et al., apesar dos benefícios económicos poderem não ser imediatos, a melhoria dos resultados em saúde a curto prazo não é questionável.

Por fim, as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) são outra das experiências relevantes ao nível da integração de cuidados de saúde. *“Foram criadas em 1991 e reestruturadas em 1998 pelo Despacho 12917/98, e têm desempenhado um papel relevante na articulação entre cuidados primários e hospitalares nas áreas da saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente”*.² A sua criação foi bastante benéfica, dado que se tem verificado uma melhoria substancial nos indicadores de saúde materno-infantil e uma melhoria na capacidade de resposta a situações complexas, tais como a prestação de cuidados a crianças portadoras de algum tipo de doença crónica. (ARS Norte) No entanto, o sucesso do bom acompanhamento a crianças com doenças crónicas, além de depender do médico de família, poderá muitas vezes depender da cooperação entre os CSP e os CSS de pediatria. Desta forma, o pediatra deverá também ser considerado como um elemento crucial, pois a sua interligação aos médicos de família poderá levar a uma melhor orientação e resolução de casos clínicos. As UCF têm ainda sido fundamentais na identificação de necessidades e cumprimento de determinados planos, planos estes delineados para colmatar possíveis falhas, com vista a uma melhoria nos cuidados prestados. (ARS Norte)

2

<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Planeamento%20Estrat%C3%A9gico/Unidades%20Coorden.%20Funcionais>

3 – O Processo de Referenciação dos doentes

3.1 - Definição de alguns conceitos básicos

Para se poder compreender plenamente o processo de referenciação é necessário ter em conta algumas definições. São elas:

A referência ou referenciação clínica – existe sempre que um médico assistente regista toda a informação clínica acerca de um doente e a transmite ao médico hospitalar de uma determinada especialidade ou subespecialidade, com o objetivo de requerer uma primeira consulta para o utente, devidamente justificada e acompanhada de todos os exames complementares de diagnóstico que o doente tenha realizado relevantes para o caso.

O médico assistente – médico que requer a primeira consulta hospitalar para um determinado doente, por meio da transmissão da sua história clínica.

A consulta de especialidade hospitalar – resulta da referenciação do médico de família e é realizada em ambiente hospitalar no âmbito de uma determinada especialidade ou subespecialidade.

A informação de retorno – é toda a informação clínica acerca de um doente (avaliação, diagnóstico, tratamento e orientações a seguir) que um médico transmite para outro em virtude de uma referenciação clínica.

Registo de recusa – acontece sempre que o triador anula um pedido de primeira consulta hospitalar, baseando-se na evidência de que o doente pode ser tratado pelo médico assistente, não necessitando desta forma dos cuidados requeridos pelo médico referenciador.

Triador – pessoa responsável por fazer uma avaliação clínica da referenciação dos doentes, determinando a prioridade de cada um no acesso à consulta hospitalar, consoante a gravidade do seu estado de saúde.

Tempo de espera – é o intervalo de tempo resultante entre o registo de pedido da primeira consulta hospitalar e a realização da mesma.

3.2 - O processo de referenciação aos cuidados de saúde secundários

Segundo o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP (2012), os CSP têm como principais funções:

- Preocupar-se com toda a população, tanto na saúde como na doença – os CSP dão relevância a todos os indivíduos, quer estejam doentes ou não. Desta forma, procuram proteger e melhorar a saúde da população em geral, promovendo comportamentos saudáveis e fazendo um diagnóstico das doenças atempadamente, de modo a que as mesmas não progridam e se possam curar. Têm igualmente como função contactar as pessoas mais descuidadas com a sua saúde, não só pela sua fraca literacia em saúde, como também pelo grau elevado de exclusão social que muitas sentem;
- Promover a continuidade de cuidados e a coordenação e gestão dos processos assistenciais – os CSP devem ser o primeiro contacto que os doentes têm com o SNS e como tal, são eles os primeiros a prestar os cuidados necessários aos doentes. No entanto, caso achem necessidade de os mesmos realizarem meios complementares de diagnóstico mais evoluídos ou serem vistos por especialistas, terão de os referenciar para os hospitais. Após a alta hospitalar, são também eles os responsáveis por fazer um acompanhamento contínuo ao doente, relativamente ao seu tratamento e à evolução do seu estado de saúde;
- Promover a saúde e o *empowerment* dos cidadãos, das famílias e da comunidade – todos os profissionais dos CSP devem contribuir para a promoção da saúde, desenvolvendo estratégias para prevenir doenças e fomentar o envolvimento dos doentes, das famílias e da comunidade em geral;
- O poder e dever de atingirem uma capacidade resolutive muito elevada – os CSP deverão tentar responder da melhor forma possível às necessidades dos doentes, de modo a evitar uma elevada procura dos cuidados hospitalares e um consequente consumo desnecessário de recursos mais dispendiosos.

Tal como já foi referido anteriormente, os CSP são então os responsáveis por enviar os doentes, sempre que necessário, para os hospitais. Assim, o processo de referenciação hospitalar faz parte da rotina de qualquer médico de família e acontece sempre que um profissional de saúde procura recursos para um doente que não estejam ao seu alcance. Segundo Roland M. *et al.* (2004), citado por Sousa (2006), existem vários motivos para os doentes serem referenciados aos cuidados de saúde hospitalares – *“podem ser enviados para diagnóstico, para uma investigação complementar específica, para se obter uma opinião, para gestão clínica do paciente ou para um tratamento específico.”* Nestes casos, caso se realizem reuniões entre os diferentes profissionais destes dois níveis de cuidados, não será difícil chegar a um consenso.

No entanto, segundo o mesmo autor ainda existem outras razões para se referenciar doentes para os CSS – *“a necessidade de partilhar os cuidados a um doente difícil ou*

exigente, um mau relacionamento com o doente que necessita de uma segunda opinião, a resposta a um pedido ou exigência de um doente ou seu familiar e a simples necessidade de tranquilização do médico ou do doente.” Já nestas situações o consenso será um aspeto difícil de atingir, uma vez que os médicos especialistas poderão interpretar estas razões como sendo pouco significativas e pertinentes para uma referenciação. Desta forma, poderão existir desentendimentos entre os especialistas e os médicos de família, sendo que os últimos mencionados têm obrigação de referenciar os doentes corretamente, evitando referenciações desnecessárias, pois estas exigem um grande dispêndio por parte do SNS e podem pôr em risco os doentes ao nível da medicação.

Acontece que os médicos referenciam de forma variável, pois uns são mais avessos ao risco que outros e uns têm mais experiência profissional que outros. É preciso salientar que a referenciação *“implica uma transferência de responsabilidade de uma parte ou da totalidade dos cuidados do paciente, contudo essa transferência nunca é total uma vez que o médico de família retém um compromisso global sobre a saúde do doente.”* Sousa (2006) Desta forma, será importante que a responsabilidade atribuída a cada um dos médicos, especialista hospitalar e médico de família, fique bem definida.

Geralmente, a referenciação de um doente aos CSS é feita por carta, sendo esta designada por carta de referência, uma vez que desta forma existirá um registo escrito da informação relativa aos utentes (identificação do doente e respetivos sintomas, identificação do médico e o motivo que o levou a referenciar o doente, exames auxiliares que o doente já realizou e até mesmo a medicação que o mesmo está a tomar) que poderá ser consultada mais tarde, caso seja necessário.

No entanto, Sousa (2006) refere que *“é frequente médicos dos dois diferentes níveis de cuidados queixarem-se e recriminarem-se mutuamente pela má qualidade da informação contida na correspondência que trocam entre eles”*. De acordo com alguns estudos referidos por Sousa (2006), existem algumas falhas que se podem tentar colmatar, como os atrasos na resposta, a ausência de resposta durante um longo período de tempo, o não envio de informação de retorno, e na existência de envio a frequente ilegibilidade e falta de identificação do médico. Determinados médicos especialistas referem como causa principal para tais acontecimentos a fraca qualidade das cartas de referenciação enviadas pelos médicos de família. Importa referir que estes dão bastante relevância a esta informação de retorno, apesar da mesma não contribuir de uma maneira significativa para a educação médica contínua.

No entanto, pode ainda ocorrer outra situação desagradável como o facto do médico especialista poder recusar uma referenciação clínica, ou porque a carta de referência é

pouco legível e não obedece a um protocolo eventualmente estabelecido, ou porque simplesmente a referenciação é desnecessária e o utente não carece dos cuidados requeridos pelo médico referenciador.

3.3 - O processo de referenciação aos cuidados de saúde primários

Os cuidados de saúde hospitalares, de acordo com o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP (2012) devem:

- Disponibilizar exames e tratamentos que requeiram tecnologia sofisticada, pesada e dispendiosa – os CSS são os responsáveis por utilizar tecnologia mais avançada na realização de exames complementares aos doentes, permitindo desta forma um maior rigor na prática clínica por parte dos profissionais de saúde;
- Intervir em situações clínicas de maior gravidade ou que requeiram intervenções muito específicas, quer em regime de internamento quer em regime de ambulatório – dado que o envelhecimento da população tem aumentado, e consequentemente a prevalência de doenças crónicas e a situação de dependência funcional, o tratamento em ambulatório tem crescido exponencialmente. Esta forma de tratamento tem assim permitido que os doentes recebam cuidados de saúde em casa, para desta forma conseguirem conciliar a sua vida pessoal com o tratamento que estão a realizar; e
- Prestar cuidados de elevada intensidade num período de tempo o mais curto possível – os cuidados de saúde hospitalares, além de serem limitados no tempo, exigem bastantes recursos humanos e técnicos, pelo que os doentes apresentam um custo elevado individualmente. Desta forma, os CSS tornam-se mais eficientes, apesar de serem bastante mais dispendiosos que os CSP.

Para além das funções referidas acima, os hospitais, mais especificamente os especialistas hospitalares, após realizarem a primeira consulta no hospital deverão enviar uma carta com informação de retorno ao médico de família que referenciou o doente, de modo a fortalecer a articulação entre estes dois níveis de cuidados, sendo que no processo clínico do doente deverá ficar uma cópia desta carta. Os médicos especialistas deverão ainda enviar um relatório clínico do doente ao médico referenciador, após o observarem e definirem o seu tratamento. No processo clínico do doente deverá ainda ficar uma cópia deste relatório, sendo que ao doente deverá ser disponibilizada outra de imediato. De acordo com o *Royal College of General Practitioners*, citado por Miranda (2011), no que diz respeito à continuidade de cuidados, *“um dos critérios fundamentais é a demonstração da existência de uma política de encorajamento da continuidade de cuidados, nomeadamente pela verificação de que existe um sistema de transferência e de tratamento da informação*

proveniente de outros médicos acerca dos seus pacientes.” Assim sendo, pode concluir-se que o envio de informação de retorno ao médico de família irá ser fundamental, para que o mesmo possa fazer um acompanhamento personalizado e contínuo ao doente após a consulta hospitalar ou em caso de internamento, a alta hospitalar.

3.4 - O Processo de referenciação aos cuidados continuados integrados

Face ao aumento do envelhecimento da população e ao aumento da prevalência de doenças crónicas que incapacitam os indivíduos de desempenharem a sua vida de uma forma normal, os cuidados continuados de saúde têm ganho bastante relevância.

Desta forma, a RNCCI foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, e o processo de referenciação para a mesma tem como objetivo facultar as melhores condições de vida a todos os idosos e indivíduos que se encontrem em situação de dependência funcional. Tem assim como foco central o utente, no sentido de lhe serem prestados os melhores cuidados pelo prestador mais adequado.

Operacionalmente, esta rede integra equipas de gestão de altas, equipas coordenadoras locais e equipas coordenadoras regionais, sendo que o acesso à mesma será conseguido por meio de uma referenciação por parte do médico de família ou do especialista hospitalar. No entanto, a responsabilidade pela integração do indivíduo na rede é da equipa de coordenação local, sendo cada uma destas responsável por fazer uma avaliação clínica do doente e por averiguar se os critérios de referenciação estão a ser cumpridos.

Objetivamente, a RNCCI procura melhorar as condições de vida de todos os indivíduos em situação de dependência funcional prestando-lhes cuidados continuados de saúde, garantir os cuidados terapêuticos necessários a todas as pessoas com perda de funcionalidade, adequar a cada doente o tipo de apoio e acompanhamento, melhorar a qualidade dos cuidados prestados, apoiar os familiares/prestadores informais dos doentes e ainda articular os cuidados prestados nos diferentes serviços.

Para assegurar tais objetivos, a RNCCI responde através de unidades de internamento (convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e cuidados paliativos), equipa hospitalar (equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos), unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção da autonomia) e equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados e equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos).

Desta forma, esperam-se obter ganhos em saúde, perspetivando que todos os indivíduos dependentes consigam recuperar substancialmente, adquirindo alguma autonomia através do processo de reabilitação.

3.5 - Como melhorar a relação entre o médico de família e o hospital?

Tal como já foi referido anteriormente, o médico de família deverá ser sempre o primeiro a fazer uma avaliação dos doentes e referenciá-los apenas aos CSS caso seja necessário, uma vez que referências supérfluas poderão originar elevadas despesas em saúde.

As referências por parte dos CSP devem ser feitas de uma maneira rigorosa, de modo a que o especialista hospitalar possa fazer um diagnóstico mais minucioso e detalhado do doente. Desta forma, qualquer carta de referência do médico de família para o hospital deverá ter sempre o máximo de informação útil para o especialista hospitalar (nome, idade e número do utente, antecedentes sociais, exames relevantes para o caso já efetuados, o motivo que levou o médico de família a referenciar o doente aos CSS, as expectativas do doente relativamente à referência e por fim a data e o local da emissão e o nome do médico referenciador). Assim, uma carta com este formato irá ser, muito provavelmente, considerada pertinente por parte dos médicos especialistas, o que fará com que estes, maioritariamente, se sintam motivados e predispostos a enviarem informação de retorno. Esta informação de retorno é fundamental para que exista uma comunicação contínua e fluente entre estes dois níveis de cuidados.

Uma vez que as cartas de referência, muitas vezes, não são dactilografadas, seria também importante investir na informatização dos sistemas de saúde, permitindo assim o envio destas cartas por internet num curto espaço de tempo.

Importa salientar que referências efetuadas de forma apropriada permitem um controlo eficiente das listas de espera na área das consultas, uma continuidade nos cuidados prestados, e uma responsabilidade sobre os doentes, partilhada entre o médico de família e o especialista hospitalar. Contudo, não existem evidências científicas de que menores tempos de espera levem a melhores resultados em saúde, existem sim, determinadas situações clínicas que confirmam piores resultados em saúde quando existem elevados tempos de espera no acesso aos cuidados de saúde.

Para uma diminuição da demora prolongada no acesso aos cuidados de saúde será importante, não só o uso mais frequente das tecnologias de informação a nível estrutural, como também a prestação de cuidados de uma forma multidisciplinar ao nível processual.

Para M. Janeiro, citado por Miranda (2001), a utilização de um outro mecanismo de efetividade demonstrada para uma boa relação entre o médico de família e o especialista hospitalar *“é a participação ativa dos pacientes no processo de comunicação entre os dois níveis de cuidados. Este envolvimento do paciente, afinal o primeiro e último interessado na funcionalidade da articulação, é seguramente a melhor estratégia que os profissionais responsáveis de ambos os lados do interface poderão desde já utilizar para tentar tornar menos sombrio o panorama atual.”*

Perante a crise económica que Portugal enfrenta neste momento, o apoio de consultadoria específica também parece ser um mecanismo eficiente para a articulação entre os especialistas hospitalares e os médicos de família, com vista a conseguirem gerir da melhor forma possível os recursos financeiros disponíveis.

Por fim e não menos importante, o contacto telefónico e eletrónico (web, e-mail, etc) entre profissionais dos cuidados primários e secundários também poderia ser uma estratégia fundamental para a articulação entre os centros de saúde e os hospitais, uma vez que nem sempre é preciso observar o doente diretamente, pelo que este contacto direto entre o médico de família e o especialista hospitalar poderia levar a uma melhoria na gestão do acesso com redução das listas de espera para as consultas hospitalares e consequentemente a uma diminuição nos tempos de espera para o acesso aos CSH.

Capítulo II

Metodologia

Capítulo II – Metodologia

1 – Objetivos específicos do trabalho

Especificamente, esta dissertação tem como objetivos:

- Avaliar a **frequência da comunicação** dos médicos de família do ACeS Cova da Beira e da ULSCB com os especialistas hospitalares, e perceber os motivos para uma maior ou menor frequência de comunicação em cada uma das instituições;
- Comparar o **tempo de espera** entre o pedido das consultas hospitalares e a efetivação das mesmas para as especialidades mais referenciadas pela ULSCB e pelo ACeS Cova da Beira e perceber o porquê de serem maiores ou menores em cada uma das instituições;
- Comparar a percentagem de **informação de retorno** recebida pelos médicos de família da ULSCB e pelos médicos de família do ACeS Cova da Beira e conhecer as razões quando não recebem; e por fim
- Comparar a percentagem de **recusas** recebida pela ULSCB e pelo ACeS da Cova da Beira por parte dos CSS e compreender os motivos pelos quais estes recusam determinadas referenciações.

2 – Tipo de estudo

Face aos objetivos descritos anteriormente, foi realizado um estudo do tipo transversal comparativo, em que o objeto de investigação foram os profissionais de Medicina Geral e Familiar.

Este tipo de estudo é caracterizado pelo facto de todas as medições serem feitas num único momento, não havendo desta forma uma observação contínua dos indivíduos. Desta forma, é fundamental que, no início de qualquer estudo deste tipo, se definam as variáveis que se pretendem estudar, havendo uma determinação posterior da população-alvo e do método que se irá utilizar para a medição das variáveis inicialmente definidas.

Os estudos transversais são ainda úteis no cruzamento de variáveis, pelo que têm de existir, necessariamente, variáveis dependentes e independentes.

3 – Estratégia metodológica utilizada

De modo a conseguir atingir os objetivos definidos no início deste capítulo, a estratégia metodológica adotada baseou-se na recolha de elementos estatísticos através de um questionário, segundo a percepção dos médicos de família.

“O questionário é um instrumento de observação não participante, baseado numa sequência de questões escritas, que são dirigidas a um conjunto de indivíduos, envolvendo as suas opiniões, representações, crenças e informações factuais, sobre eles próprios e o seu meio.”
(Quivy & Campenhoudt: 1992)

A escolha recaiu sobre o questionário, uma vez que este tem várias vantagens como a possibilidade de atingir um elevado número de indivíduos de diversas áreas geográficas, o anonimato das respostas e a não influência do inquiridor sobre o inquirido.

Para o presente estudo, foi então elaborado um questionário constituído por questões de resposta aberta e resposta fechada, encontrando-se o respetivo em anexo. É necessário salientar que as perguntas de resposta aberta são bastante vantajosas, dado que possibilitam originalidade e pensamento livre por parte dos indivíduos questionados e as perguntas de resposta fechada são igualmente importantes, uma vez que permitem uma maior rapidez e facilidade de resposta. Desta forma, questões de resposta aberta são potenciadoras de uma recolha de informação mais variada e questões de resposta fechada são propícias a uma análise mais simplificada das respostas.

4 – Caraterização da população-alvo

Tal como já foi referido anteriormente, o objeto de investigação da presente dissertação foram os profissionais de Medicina Geral e Familiar, afetos ao ACeS Cova da Beira e à ULSCB. Estes médicos são profissionais que, com base na sua experiência de prática clínica e ética profissional, prestam cuidados de saúde, diversos e continuados, a todos os indivíduos inseridos nas diferentes comunidades, independentemente da sua idade, sexo, ou condição socioeconómica. Desta forma, assumem uma responsabilidade particular sobre cada um dos indivíduos, pois são estabelecidos entre ambos, planos que envolvem fatores físicos, psicológicos e sociais, gerando-se assim uma relação de cumplicidade entre médicos e doentes. Os profissionais de medicina geral e familiar são ainda caraterizados pelo facto de estarem incumbidos de promover a saúde, prevenir a doença e acompanhar o doente, de acordo com as suas necessidades, tendo sempre em conta os recursos disponibilizados pela instituição onde se encontram integrados.

5 – Caraterização das instituições participantes no estudo

5.1 – ACeS da Cova da Beira

A Portaria 274/2009 de 18 de Março foi responsável pela criação do ACeS da Cova da Beira. Este, atua na área geográfica dos concelhos de Belmonte, Covilhã e Fundão, pertencendo estes à Sub-região Estatística Cova da Beira (NUTs III) na Região Centro e

Distrito de Castelo Branco. Começou a funcionar em Março de 2009, pelo que os Centros de Saúde que o constituem se tiveram de reorganizar internamente.

Este ACeS está incluído na região da Cova da Beira e encontra-se situado a norte do Distrito de Castelo Branco, numa área de 1374,3 km². O número total de utentes inscritos neste ACeS aproxima-se de 100.000 (99.379), e a sua sede é na cidade da Covilhã, uma vez que esta possui o maior número de utentes inscritos, tal como se pode verificar na tabela abaixo.

Tabela 1 - Número de utentes por centro de saúde no ACeS Cova da Beira

Centros de Saúde	Número de utentes inscritos
Belmonte	8.401
Covilhã	59.375
Fundão	31.603
Total	99.379

Relativamente à sua estrutura orgânica, o ACeS Cova da Beira é constituído por um Diretor Executivo, por um Conselho Clínico que incorpora um Presidente e três Vogais, por um Conselho Executivo e por um Conselho da Comunidade que engloba um Presidente e várias Entidades como as Assembleias Municipais de Belmonte, Covilhã e Fundão, o Centro Distrital de Segurança Social, o Agrupamento de Escolas, entre outras.

No que diz respeito aos Recursos Humanos deste ACeS, este conta com a colaboração de 300 profissionais no total.

Estrategicamente, o ACeS Cova da Beira, tem como missão *“garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Para cumprimento da sua missão o ACeS Cova da Beira deve desenvolver atividades de promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento com ligação a outros serviços e níveis de cuidados a fim de garantir a continuidade dos cuidados, dirigindo a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade.”* (Plano de Desempenho do ACeS Cova da Beira de 2011) Segundo o mesmo Plano, a sua visão consiste em conseguir ser *“uma rede prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características das populações, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na inovação e empreendedorismo profissional.”* Os valores pelos quais este ACeS se pauta são a qualidade, a humanização e privacidade, a ética e responsabilidade social, o desempenho e a inovação.

Perante o que foi referido e com o objetivo de satisfazer as suas linhas estratégicas, o ACeS Cova da Beira definiu as seguintes linhas de orientação:

- Tornar-se numa entidade referência de prestação de cuidados de saúde para a população por ele abrangida;
- Investir na promoção da saúde e na prevenção da doença;
- Melhorar a prestação de cuidados de saúde de uma forma gradual e contínua;
- Utilizar os recursos disponíveis de uma forma eficiente, melhorando desta forma a articulação entre os diferentes serviços;
- Apostar em modelos de *Coaching* para melhorar o relacionamento entre os diversos profissionais de saúde, promovendo assim o espírito de equipa;
- Orientar os profissionais de saúde para os resultados, de modo a que os mesmos consigam melhorar o seu desempenho;
- Diminuir o impacto causado pela possível diminuição de profissionais de saúde;
- Melhorar o atendimento;
- Qualificar o acesso;
- Assegurar a cobertura das consultas de medicina de prevenção;
- Investir nos sistemas de informação e na formação dos profissionais de saúde; e
- Melhorar a atratividade do ACeS no sentido de atrair novos profissionais.

5.2 – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Segundo o disposto no nº1 do Art 1.º da proposta para o *Regulamento Interno da ULSCB*, “A ULSCB, E. P. E. (ULS), é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, criada nos termos dos respetivos Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei nº318/2009, de 2 de Novembro.”

Esta Unidade é constituída pelo Hospital Amato Lusitano situado em Castelo Branco e pelos agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, que integram os seguintes Centros de Saúde: Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor, Vila Velha de Ródão, Oleiros, Proença-a-Nova, Sertão e Vila de Rei. Esta Unidade engloba ainda 85 Extensões de Saúde.

Dedica-se primariamente à integração dos CSP e dos cuidados hospitalares, mas também à dos cuidados continuados paliativos, da emergência pré-hospitalar e da rede de urgências, tendo como objetivo primordial prestar CSP, diferenciados e continuados à população (cerca de 120000 habitantes) residente na área geográfica que esta mesma abrange (beneficiários do SNS, dos subsistemas de saúde, de entidades externas que tenham um contrato de prestação de cuidados de saúde com o SNS e a toda a população na sua generalidade),

utilizando os recursos disponíveis eficientemente, tornando desta forma o doente como centro do sistema. Tal como no disposto nº2 do Art 2.º da proposta para o *Regulamento Interno da ULSCB*, “A ULS tem ainda por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde para hospitais e outras instituições de saúde, que sejam entidades públicas empresariais dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.”

Pelo Art 6.º e 7.º da mesma proposta e respetivamente, a ULSCB tem como missão “Promover a saúde, prevenir a doença e prestar cuidados de saúde diferenciados/especializados, de forma abrangente, personalizada e integrada, em tempo útil com qualidade e equidade, dando execução às políticas superiormente definidas e aos respetivos planos estratégicos, tendo sempre em conta a respetiva adaptabilidade às necessidades regionais e locais; participar na formação de novos profissionais de saúde e atualizar os conhecimentos daqueles que se encontram em funções nas várias instituições e serviços; e desenvolver direta ou indiretamente projetos de investigação clínica e científica.” e a sua visão consiste “no desenvolvimento de comunidades saudáveis, num ambiente saudável, sustentadas através de ações preventivas e curativas de excelência.” Os valores pelos quais se rege são a integridade, a liderança, a humanização, a cidadania, a disciplina, a qualidade total, a multidisciplinaridade, a investigação e o respeito pelo ambiente.

Relativamente aos seus órgãos sociais, a ULSCB incorpora um Conselho de Administração que é constituído por um(a) Presidente, um(a) Vogal, um(a) Diretor(a) Clínico(a) e um(a) Enfermeiro(a) Diretor(a), um Fiscal Único que é o órgão que controla os aspetos legais e a boa gestão financeira desta ULS, e um Conselho Consultivo que é responsável por dar o seu parecer sobre os planos de atividade e os relatórios de contas desta Unidade e por apresentar soluções viáveis que contribuam para uma melhor prestação de cuidados de saúde à população.

6 – Testes estatísticos

Inicialmente, todos os dados retirados dos questionários foram introduzidos no *Statistical Package for the Social Scienses (SPSS)*, versão 20.0 para *Windows*.

6.1 – Teste do Qui-quadrado

O teste Qui-quadrado (X^2) é um teste de hipóteses que visa encontrar para duas variáveis qualitativas um valor de dispersão, avaliando assim a relação existente entre ambas. Deste

modo, tem como objetivo comparar as possíveis dissociações entre as frequências esperadas e observadas para um determinado caso.

Pode evidenciar-se que duas instituições se comportam de forma idêntica, caso as diferenças entre as frequências esperadas e observadas das variáveis sejam próximas de zero.

Salienta-se o facto de o Qui-quadrado ser um teste não paramétrico, isto é, um teste independente de características populacionais como a variância e média.

6.2 – Correlações bivariáveis de Pearson

Relativamente às correlações de Pearson verifica-se:

Tabela 2 – Correlações bivariáveis de Pearson

Coeficiente de correlação	Correlação
$r = 1$	Perfeita positiva
$0,8 \leq r < 1$	Forte positiva
$0,5 \leq r < 0,8$	Moderada positiva
$0,1 \leq r < 0,5$	Fraca positiva
$0 < r < 0,1$	Intima positiva
0	Nula
$-0,1 < r < 0$	Intima negativa
$-0,5 < r \leq -0,1$	Fraca negativa
$-0,8 < r \leq -0,5$	Moderada negativa
$-1 < r \leq -0,8$	Forte negativa
$r = -1$	Perfeita negativa

Capítulo III

Apresentação dos Resultados

Capítulo III – Resultados

Tabela 3 – Número de médicos de família inquiridos

Local de Trabalho	Número de Médicos de Família
ACeS Cova da Beira	24 (57%)
ULSCB	18 (43%)
Total	42 (100%)

Face à tabela 2, verifica-se que foram inquiridos 24 médicos de família no ACeS Cova da Beira e 18 médicos de família na ULSCB, o que perfaz um total de 42 médicos de família inquiridos.

Tabela 4 – Os 3 motivos principais que levam os médicos de família a referenciar

Motivos	Local de trabalho			
	ACeS Cova da Beira (n=24)		ULSCB (n=18)	
	Não	Sim	Não	Sim
Doentes enviados para diagnóstico	10 (41,7%)	14 (58,3%)	6 (33,3%)	12 (66,7%)
Doentes enviados para investigação	12 (50%)	12 (50%)	6 (33,3%)	12 (66,7%)
Para obter uma segunda opinião	16 (66,7%)	8 (33,3%)	15 (83,3%)	3 (16,7%)
Para a gestão clínica do paciente	19 (79,2%)	5 (20,8%)	12 (66,7%)	6 (33,3%)
Para o doente receber um tratamento específico	4 (16,7%)	20 (83,3%)	4 (22,2%)	14 (77,8%)
Por ter necessidade de partilhar os cuidados de um doente problemático	16 (66,7%)	8 (33,3%)	16 (88,9%)	2 (11,1%)
Por se relacionar mal com o doente	24 (100%)	0 (0%)	18 (100%)	0 (0%)
Pelo facto de o doente exigir ser referenciado	23 (95,8%)	1 (4,2%)	18 (100%)	0 (0%)
Para tranquilizar o doente	20 (83,3%)	4 (16,7%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Outros	24 (100%)	0 (0%)	18 (100%)	0 (0%)

Segundo a tabela 3, pode verificar-se que nenhum médico de família de ambas as instituições referencia por se relacionar mal com um doente, sendo que também não existem outros motivos, além de os mencionados na tabela, para os médicos de família

referenciarem. É possível ainda verificar-se que na ULSCB nenhum médico de família referencia pelo simples facto de o doente exigir ser referenciado, sendo que no ACeS Cova da Beira apenas um médico referencia por este motivo. Observa-se também que, para ambas as instituições, os principais motivos que levam os médicos de família a referenciar são o envio de doentes para diagnóstico, o envio de doentes para os mesmos receberem um tratamento específico e o envio de doentes para investigação, sendo que no ACeS Cova da Beira a referência por este último motivo não é tão acentuada, uma vez que 50% referencia por esta razão, enquanto 50% não.

Tabela 5 – As 5 especialidades mais referenciadas pelos médicos de família

	ACeS Cova da Beira (n=24)		ULSCB (n=18)	
	Não	Sim	Não	Sim
Anestesiologia	24 (100%)	0 (0%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Cardiologia	12 (50%)	12 (50%)	4 (22,2%)	14 (77,8%)
Cirurgia Geral	8 (33,3%)	16 (66,7%)	3 (16,7%)	15 (83,3%)
Dermato-Venerologia	20 (83,3%)	4 (16,7%)	9 (50%)	9 (50%)
Endocrinologia-Diabetologia	21 (87,5%)	3 (12,5%)	16 (88,9%)	2 (11,1%)
Estomatologia	24 (100%)	0 (0%)	13 (72,2%)	5 (27,8%)
Gastrenterologia	17 (70,8%)	7 (29,2%)	9 (50%)	9 (50%)
Ginecologia	19 (79,2%)	5 (20,8%)	16 (88,9%)	2 (11,1%)
Ginecologia (Apoio à fertilidade)	24 (100%)	0 (0%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Imunoalergologia	24 (100%)	0 (0%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Medicina Física e de Reabilitação (Fisiatria)	17 (70,8%)	7 (29,2%)	10 (55,6%)	8 (44,4%)
Medicina Interna	6 (25%)	18 (75%)	11 (61,1%)	7 (38,9%)
Nefrologia	22 (91,3%)	2 (8,7%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Neurologia	21 (87,5%)	3 (12,5%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Obstetrícia	24 (100%)	0 (0%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Oftalmologia	20 (83,3%)	4 (16,7%)	11 (61,1%)	7 (38,9%)
Oncologia Médica	24 (100%)	0 (0%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Ortopedia	11 (45,8%)	13 (54,2%)	11 (61,1%)	7 (38,9%)
Otorrinolaringologia	24 (100%)	0 (0%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Pediatria	21 (87,5%)	3 (12,5%)	16 (88,9%)	2 (11,1%)
Pneumologia	19 (79,2%)	5 (20,8%)	12 (66,7%)	6 (33,3%)
Psiquiatria	15 (62,5%)	9 (37,5%)	14 (77,8%)	4 (22,2%)
Reumatologia	24 (100%)	0 (0%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Urologia	17 (70,8%)	7 (29,2%)	16 (88,9%)	2 (11,1%)
Outras	24 (100%)	0 (0%)	18 (100%)	0 (0%)

Segundo os dados da tabela 4, as especialidades mais referenciadas pelos centros de saúde que constituem o ACeS Cova da Beira são a Medicina Interna, referenciada por 75% dos indivíduos, a Cirurgia Geral, referenciada por 66,7% dos indivíduos, a Ortopedia por 54,2%, a Cardiologia por 50%, e por fim a Psiquiatria, referenciada por 37,5% dos médicos de família.

Relativamente à ULSCB, as especialidades que são mais referenciadas pela mesma são a Cirurgia Geral, referenciada por 83,3% dos indivíduos, a Cardiologia por 77,8%, a Dermato-Venerologia e a Gastrenterologia referenciadas igualmente por 50% dos médicos de família e a Medicina Física e de Reabilitação (Fisiatria), referenciada por 44,4% dos indivíduos. Desta forma, pode verificar-se que a Cardiologia e a Cirurgia Geral são duas especialidades que exigem grande referência por parte dos médicos de família de ambas as instituições, pois são duas especialidades que requerem bastantes cirurgias e necessitam de algumas técnicas específicas que os CSP não possuem.

Tabela 6 – Tempo de espera entre o pedido de uma consulta e a efetivação da mesma no ACeS Cova da Beira

	Tempo de Espera entre o pedido de consulta e a efetivação da mesma	
	< 6 meses	> 6 meses
Anestesiologia	0 (0%)	0 (0%)
Cardiologia	8 (72,7%)	3 (27,3%)
Cirurgia Geral	16 (100%)	0 (0%)
Dermato-Venerologia	1 (20%)	4 (80%)
Endocrinologia-Diabetologia	3 (100%)	0 (0%)
Estomatologia	4 (100%)	0 (0%)
Gastrenterologia	4 (57%)	3 (43%)
Ginecologia	2 (50%)	2 (50%)
Ginecologia (Apoio à fertilidade)	0 (0%)	0 (0%)
Imunoalergologia	0 (0%)	0 (0%)
Medicina Física e de Reabilitação (Fisiatria)	7 (100%)	0 (0%)
Medicina Interna	17 (100%)	0 (0%)
Nefrologia	2 (100%)	0 (0%)
Neurologia	1 (33,3%)	2 (66,7%)
Obstetrícia	0 (0%)	0 (0%)
Oftalmologia	2 (50%)	2 (50%)
Oncologia Médica	0 (0%)	0 (0%)
Ortopedia	13 (100%)	0 (0%)
Otorrinolaringologia	0 (0%)	0 (0%)
Pediatria	3 (100%)	0 (0%)
Pneumologia	4 (80%)	1 (20%)
Psiquiatria	6 (75%)	2 (25%)
Reumatologia	0 (0%)	0 (0%)
Urologia	5 (71,4%)	2 (28,6%)
Outras	0 (0%)	0 (0%)

Relativamente às especialidades mais referenciadas pelo ACeS Cova da Beira, Cardiologia, Cirurgia Geral, Medicina Interna, Ortopedia e Psiquiatria, é possível observar que o tempo de espera entre o pedido das consultas e a efetivação das mesmas é maioritariamente inferior a 6 meses, na opinião dos médicos de família.

Tabela 7 – Tempo de espera entre o pedido de uma consulta e a efetivação da mesma na ULSCB

	Tempo de Espera entre o pedido de consulta e a efetivação da mesma	
	< 6 meses	> 6 meses
Anestesiologia	0 (0%)	0 (0%)
Cardiologia	13 (100%)	0 (0%)
Cirurgia Geral	15 (100%)	0 (0%)
Dermato-Venerologia	2 (22%)	7 (78%)
Endocrinologia-Diabetologia	2 (100%)	0 (0%)
Estomatologia	4 (100%)	0 (0%)
Gastroenterologia	9 (100%)	0 (0%)
Ginecologia	2 (100%)	0 (0%)
Ginecologia (Apoio à fertilidade)	1 (100%)	0 (0%)
Imunoalergologia	1 (100%)	0 (0%)
Medicina Física e de Reabilitação (Fisiatria)	7 (87,5%)	1 (12,5%)
Medicina Interna	7 (100%)	0 (0%)
Nefrologia	1 (100%)	0 (0%)
Neurologia	1 (100%)	0 (0%)
Obstetrícia	1 (100%)	0 (0%)
Oftalmologia	0 (0%)	4 (100%)
Oncologia Médica	1 (100%)	0 (0%)
Ortopedia	7 (100%)	0 (0%)
Otorrinolaringologia	1 (100%)	0 (0%)
Pediatria	2 (100%)	0 (0%)
Pneumologia	3 (50%)	3 (50%)
Psiquiatria	4 (100%)	0 (0%)
Reumatologia	1 (100%)	0 (0%)
Urologia	1 (50%)	1 (50%)
Outras	0 (0%)	0 (0%)

Relativamente às especialidades mais referenciadas pela ULSCB, pode verificar-se que para as especialidades de Cardiologia, Cirurgia Geral, Gastroenterologia e Medicina Física e de Reabilitação (Fisiatria) o tempo de espera mais frequente entre o pedido das consultas e a realização das mesmas é inferior a 6 meses. Já o tempo de espera mais comum entre o pedido das consultas e a realização das mesmas para a especialidade de Dermato-Venerologia é superior a 6 meses.

Analisando globalmente as tabelas 5 e 6 e fazendo uma comparação entre as especialidades mais referenciadas por cada instituição (Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermato-Venerologia, Gastroenterologia, Medicina Física e de Reabilitação (Fisiatria), Medicina Interna, Ortopedia e Psiquiatria), é possível verificar que na opinião dos médicos de família de ambas as instituições, o tempo de espera entre o pedido das consultas e a efetivação das mesmas é inferior a 6 meses maioritariamente para todas as especialidades,

exceto para a especialidade de Dermato-Venerologia, em que o tempo de espera se estima que seja superior a 6 meses.

Tabela 8 – As 3 especialidades que geram maior informação de retorno

Especialidades que geram mais informação de retorno (n=35)		
	Não	Sim
Anestesiologia	35 (100%)	-
Cardiologia	26 (74,3%)	9 (25,7%)
Cirurgia Geral	19 (54,3%)	16 (45,7%)
Dermato-Venerologia	35 (100%)	-
Endocrinologia-Diabetologia	35 (100%)	-
Estomatologia	35 (100%)	-
Gastrenterologia	29 (82,9%)	6 (17,1%)
Ginecologia	35 (100%)	-
Ginecologia (Apoio à fertilidade)	35 (100%)	-
Imunoalergologia	34 (97,1%)	1 (2,9%)
Medicina Física e de Reabilitação (Fisiatria)	28 (80%)	7 (20%)
Medicina Interna	9 (25,7%)	26 (74,3%)
Nefrologia	34 (97,1%)	1 (2,9%)
Neurologia	35 (100%)	-
Obstetrícia	35 (100%)	-
Oftalmologia	35 (100%)	-
Oncologia Médica	34 (97,1%)	1 (2,9%)
Ortopedia	19 (54,3%)	16 (45,7%)
Otorrinolaringologia	35 (100%)	-
Pediatria	32 (91,4%)	3 (8,6%)
Pneumologia	30 (85,7%)	5 (14,3%)
Psiquiatria	30 (85,7%)	5 (14,3%)
Reumatologia	34 (97,1%)	1 (2,9%)
Urologia	29 (82,9%)	6 (17,1%)
Outras	35 (100%)	-

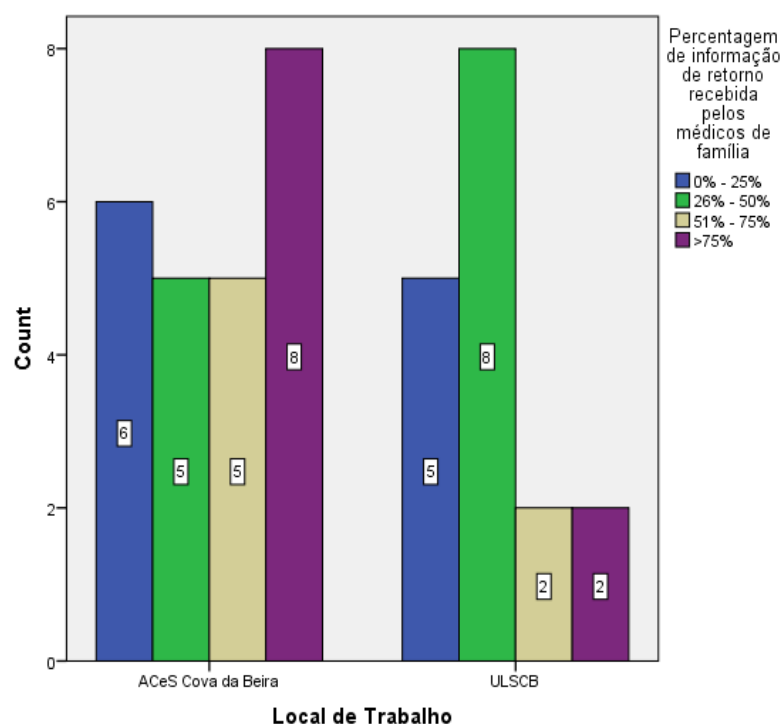
Tal como se pode observar pela tabela 7, as especialidades que geram mais informação de retorno são a Medicina Interna, a Cirurgia Geral e a Ortopedia, com as percentagens respetivas de 74,3%, 45,7% e 45,7%, uma vez que, segundo a opinião de alguns médicos de família são especialidades que envolvem casos de elevada complexidade clínica.

Tabela 9 – As 3 especialidades que geram menor informação de retorno

Especialidades que geram menos informação de retorno (n=33)		
	Não	Sim
Anestesiologia	31 (94%)	2 (6%)
Cardiologia	27 (81,8%)	6 (18,2%)
Cirurgia Geral	31 (93,9%)	2 (6,1%)
Dermato-Venerologia	18 (54,5%)	15 (45,5%)
Endocrinologia-Diabetologia	32 (97%)	1 (3%)
Estomatologia	26 (78,8%)	7 (21,2%)
Gastroenterologia	32 (97%)	1 (3%)
Ginecologia	20 (60,6%)	13 (39,4%)
Ginecologia (Apoio à fertilidade)	32 (97%)	1 (3%)
Imunoalergologia	32 (97%)	1 (3%)
Medicina Física e de Reabilitação (Fisioterapia)	30 (90,9%)	3 (9,1%)
Medicina Interna	30 (90,9%)	3 (9,1%)
Nefrologia	31 (94%)	2 (6%)
Neurologia	32 (97%)	1 (3%)
Obstetrícia	31 (94%)	2 (6%)
Oftalmologia	11 (33,3%)	22 (66,7%)
Oncologia Médica	30 (90,9%)	3 (9,1%)
Ortopedia	27 (81,8%)	6 (18,2%)
Otorrinolaringologia	23 (69,7%)	10 (30,3%)
Pediatria	32 (97%)	1 (3%)
Pneumologia	33 (100%)	0 (0%)
Psiquiatria	29 (87,9%)	4 (12,1%)
Reumatologia	29 (87,9%)	4 (12,1%)
Urologia	31 (94%)	2 (6%)
Outras	32 (97%)	1 (3%)

Pela tabela 8, as especialidades que geram menos informação de retorno são a Dermato-Venerologia, a Ginecologia e a Oftalmologia, talvez por terem, na perspetiva dos médicos de família, casos clínicos mais objetivos.

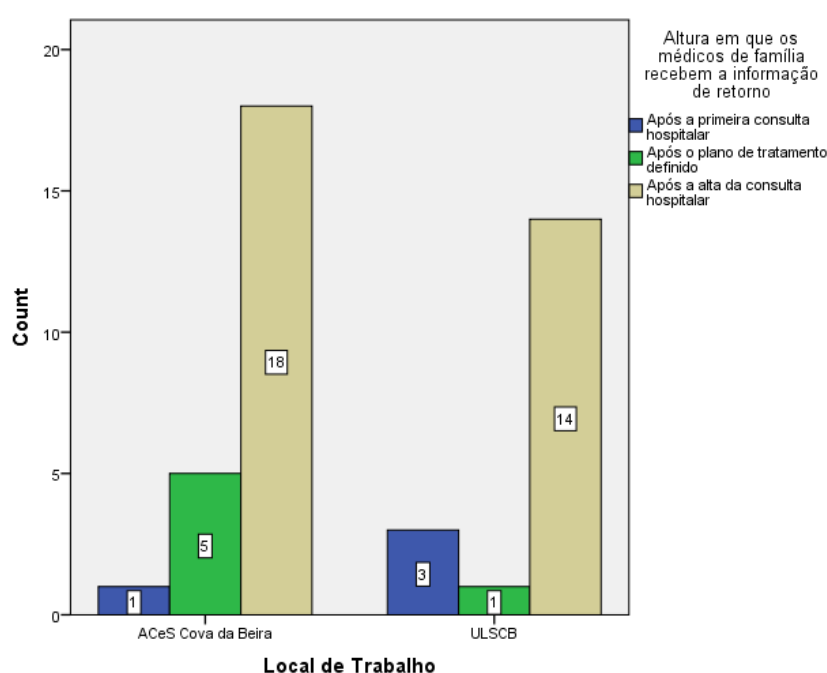
Gráfico 2 – Percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família



Relativamente à informação de retorno recebida pelos médicos de família, é possível verificar que a barra predominante no ACoS Cova da Beira é a cor-de-laranja, ou seja, a maioria dos médicos de família recebe uma percentagem de informação de retorno superior a 75%, sendo que na ULSCB

a barra que mais se destaca é a verde e tal como se pode observar pelo gráfico 2, os médicos de família recebem entre 26% e 50% de informação de retorno. Assim, é possível concluir que a percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família do ACoS Cova da Beira é superior à recebida pelos médicos de família da ULSCB.

Gráfico 3 – Altura em que os médicos de família recebem a informação de retorno



No que diz respeito à altura em que os médicos de família recebem a informação de retorno, é possível verificar que o período após a alta da consulta hospitalar sobressai em ambas as instituições. No entanto, no ACoS Cova da Beira a altura menos predominante é o período após a primeira consulta

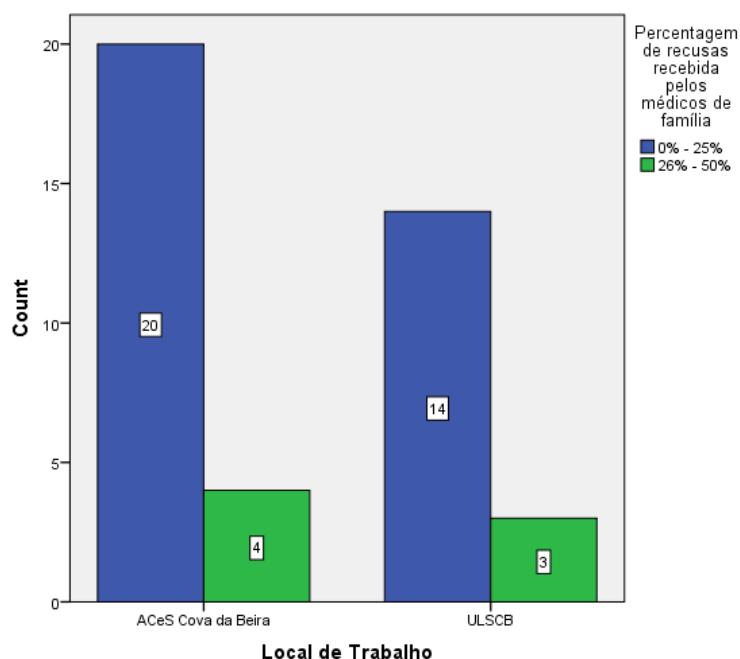
hospitalar, enquanto na ULSCB, a altura que menos prevalece é após o plano de tratamento definido.

Tabela 10 – Os 3 principais motivos para os especialistas não enviarem informação de retorno

Motivos	Local de trabalho			
	ACeS Cova da Beira (n=24)		ULSCB (n=18)	
	Não	Sim	Não	Sim
Não consideram importante o envio da informação de retorno	8 (33,3%)	16 (66,7%)	8 (44,4%)	10 (55,6%)
O doente faltou à consulta	22 (91,7%)	2 (8,3%)	15 (83,3%)	3 (16,7%)
O doente faleceu	24 (100%)	0 (0%)	15 (83,3%)	3 (16,7%)
Falta de tempo por parte do especialista	5 (20,8%)	19 (79,2%)	10 (55,6%)	8 (44,4%)
Falta de motivação por parte do especialista	7 (29,2%)	17 (70,8%)	4 (22,2%)	14 (77,8%)
Má referência da sua parte	17 (70,8%)	7 (29,2%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Desconhece a causa	20 (83,3%)	4 (16,7%)	11 (61,1%)	7 (38,9%)
Outros	24 (100%)	0 (0%)	16 (88,9%)	2 (11,1%)

Pela tabela 9 observa-se que para os médicos de família de ambas as instituições, os motivos principais pelos quais os especialistas não enviam informação de retorno são os mesmos, sendo eles: o facto de os especialistas poderem não considerar importante o envio da informação de retorno; a falta de tempo por parte dos especialistas, e por fim a falta de motivação por parte dos mesmos. Contudo, para os profissionais do ACeS Cova da Beira o motivo que predomina é a falta de tempo por parte dos especialistas, com uma percentagem respetiva de 79,2%, sendo que na ULSCB o motivo prevalente é a falta de motivação dos especialistas hospitalares com uma percentagem de aproximadamente 80% (77,8%).

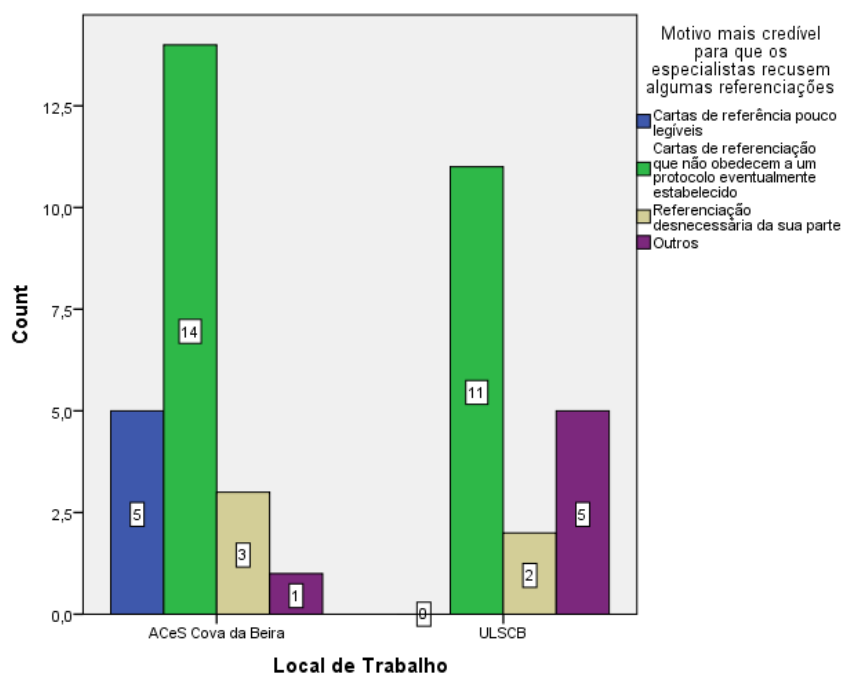
Gráfico 4 – Percentagem de recusas recebida pelos médicos de família



No gráfico 4 pode verificar-se que a percentagem de recusas que os médicos de família de ambas as instituições recebem assenta maioritariamente entre os 0% e os 25%, ou seja, entre os médicos de família das diferentes instituições não se verificam diferenças na percentagem de recusas que cada um recebe.

Verifica-se também que a barra verde, que assenta entre os 26% e os 50%, é bastante semelhante entre o ACeS Cova da Beira e a ULSCB.

Gráfico 5 – O principal motivo para os especialistas hospitalares recusarem algumas referências

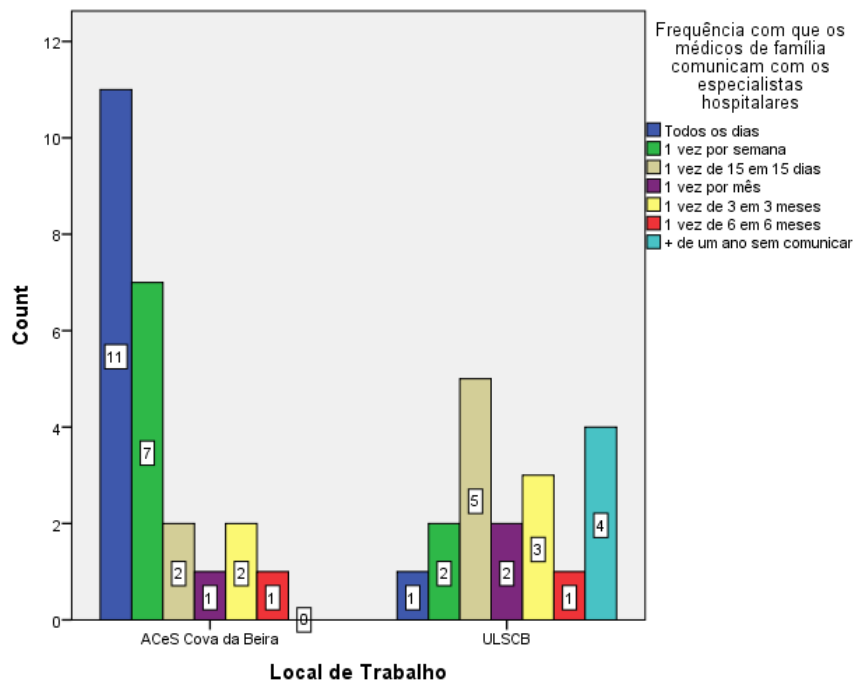


Segundo o gráfico 5, para os médicos de família de ambas as instituições o motivo mais credível para os especialistas hospitalares recusarem determinadas referências é pelo facto de algumas cartas de referência não obedecerem a um protocolo eventualmente estabelecido. Para os profissionais do ACeS Cova da Beira, o

segundo motivo mais credível é o envio de cartas de referência pouco legíveis para os

especialistas, sendo que os médicos de família da ULSCB mencionam em segundo lugar outros motivos para os especialistas recusarem algumas referências, tais como, a falta de envio de exames complementares e a falta de envio de informação suficiente em algumas referências.

Gráfico 6 – Frequência do contacto entre os médicos de família e os especialistas hospitalares



Pelo gráfico 6 é possível verificar que no ACeS Cova da Beira, os médicos de família comunicam muito frequentemente com os especialistas hospitalares, sendo que na sua maioria comunicam todos os dias, e posteriormente comunicam uma vez por semana. Nesta instituição nenhum dos médicos de família

refere ficar mais de um ano sem comunicar com os especialistas hospitalares.

Relativamente à ULSCB, a maioria dos médicos afirma comunicar com os especialistas uma vez de 15 em 15 dias, sendo que a segunda barra mais elevada corresponde ao facto de os médicos de família estarem mais de um ano sem comunicar com os especialistas.

Assim, pode-se afirmar que existe uma maior frequência de contacto entre os médicos de família do ACeS Cova da Beira e os especialistas hospitalares, comparativamente aos médicos de família da ULSCB com os especialistas hospitalares.

De seguida, serão apresentadas 4 tabelas onde se encontram as diferentes correlações entre as variáveis de estudo, sendo que serão apenas introduzidos os tempos de espera das especialidades mais referenciadas por ambas as instituições.

Tabela 11 – Correlações entre as variáveis de estudo

	FC	PR	PIR	TEC	TECG	TEDV	TEG	TEMFR
FC		-0,085	-0,168	-0,259	0,318	0,291	0,086	0,113
PR	-0,085		-0,215	-0,037	0,152	0,281	0,308	0,164
PIR	-0,168	-0,215		-0,084	-0,379*	0,376	-0,143	0,039

*(correlação significativa, sendo que $p < 0,05$)

** (correlação significativa, sendo que $p < 0,01$)

Legenda: FC – Frequência de contacto entre os médicos de família e os especialistas hospitalares; PR - Percentagem de Recusas; PIR – Percentagem de Informação de Retorno; TEC – Tempo de espera para a consulta de Cardiologia; TECG – Tempo de espera para a consulta de Cirurgia Geral; TEDV - Tempo de espera para a consulta de Dermato-Venerologia; TEG – Tempo de espera para a consulta de Gastrenterologia; TMFR – Tempo de espera para a consulta de Medicina Física e de Reabilitação (Fisiatria);

Pela tabela 11 é possível verificar que existe uma correlação significativa negativa (fraca) entre o tempo de espera para a consulta de Cirurgia Geral e a percentagem de informação de retorno que os médicos de família recebem ($r = -0,379$; $p < 0,05$), isto é, o tempo de espera para a realização da consulta hospitalar de Cirurgia Geral pode influenciar a percentagem de informação de retorno que cada médico de família recebe. Desta forma, um tempo de espera reduzido para a consulta de Cirurgia Geral, poderá originar uma percentagem mais elevada de informação de retorno recebida por parte dos médicos de família.

Tabela 12 – Correlações entre as variáveis de estudo

	TEMI	TEORT	TEPQ
FC	-0,257	0,468*	0,105
PR	-0,423	0,321	0,175
PIR	0,141	-0,471*	0,000

*(correlação significativa, sendo que $p < 0,05$)

** (correlação significativa, sendo que $p < 0,01$)

Legenda: FC – Frequência de contacto entre os médicos de família e os especialistas hospitalares; PR - Percentagem de Recusas; PIR – Percentagem de Informação de Retorno; TEMI – Tempo de espera para a consulta de Medicina Interna; TEORT – Tempo de espera para a consulta de ortopedia; TEPQ – Tempo de espera para a consulta de Psiquiatria;

Na tabela 12, pode verificar-se que existe uma correlação significativa positiva (fraca) entre a frequência de contacto que os médicos de família têm com os especialistas hospitalares e o tempo de espera para a consulta hospitalar de Ortopedia ($r = 0,468$; $p < 0,05$), isto é, o tempo de espera para a consulta hospitalar de Ortopedia pode influenciar a frequência com que os médicos comunicam entre si. Assim, um elevado tempo de espera para a consulta

de Ortopedia, poderá dar origem a um aumento da frequência de contacto entre médicos de família e especialistas.

Pode verificar-se ainda que existe uma correlação significativa negativa (fraca) entre o tempo de espera para a consulta de Ortopedia e a percentagem de informação de retorno que os médicos de família recebem ($r = -0,471$; $p < 0,05$), ou seja, o tempo de espera para a efetivação da consulta hospitalar de Ortopedia pode influenciar a percentagem de informação de retorno que cada médico de família recebe. Desta forma, um curto tempo de espera para a consulta de Ortopedia, poderá dar origem a uma percentagem mais elevada de informação de retorno recebida pelos médicos de família.

Capítulo IV

Discussão dos Resultados

Capítulo IV - Discussão de Resultados

Segundo o Estudo sobre a organização e desempenho das ULS – Relatório Preliminar I da Entidade Reguladora de Saúde (2011), uma vez que estas foram criadas com o intuito de melhorar a articulação entre os vários níveis de cuidados, nomeadamente os CSP e os CSS, seria de esperar que o contacto entre os médicos de família e os especialistas hospitalares das mesmas fosse bastante frequente, comparativamente aos dos ACeS.

No entanto, relativamente à frequência de contacto entre os médicos de família e os especialistas hospitalares, tal como foi referido no capítulo anterior, existe uma maior frequência entre os médicos de família do ACeS Cova da Beira e os especialistas, em relação aos médicos de família com os especialistas da ULSCB, apesar de esta diferença de contacto não poder ser provada para a população estudada, pois o teste do Qui-quadrado foi inconclusivo.

Vários médicos de família do ACeS Cova da Beira justificaram esta comunicação frequente pelo facto de existir uma boa relação pessoal entre os mesmos e os especialistas, assim como uma boa relação interinstitucional. Fizeram também uma alusão ao facto de fazerem serviços de urgência conjunta frequentemente. Estes profissionais referiram ainda os colegas especialistas hospitalares, como sendo pessoas sempre acessíveis e disponíveis para a discussão de casos clínicos ou patologias dos doentes.

Já os médicos de família da ULSCB estabelecem um contacto pouco frequente com os especialistas, e referiram para tal o facto de haver uma desarticulação entre os vários centros de saúde e o hospital, mesmo com a criação da Unidade Local de Saúde, que surgiu com o propósito de haver uma melhor articulação entre CSP e CSS. Referiram também o facto de os especialistas hospitalares não terem muito tempo nem se sentirem muito motivados para comunicar, que apenas o uso do telefone geral do hospital não é facilitador o suficiente para haver contacto verbal e que a distância geográfica também é um fator impeditivo.

Relativamente a uma possível melhoria da articulação entre estes dois níveis de cuidados, grande parte dos médicos de família referiu a necessidade de se realizarem reuniões setoriais de cada serviço hospitalar com os diferentes centros de saúde.

.

Existindo supostamente uma maior frequência de contacto entre os médicos de família e os especialistas hospitalares nas ULS, seria de esperar que a percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família da ULSCB fosse superior à dos médicos de família do ACeS, uma vez que o contacto frequente é gerador de relações de confiança, comprometimento e de responsabilidade.

A informação de retorno, além de ser toda a informação clínica acerca de um doente (avaliação, diagnóstico, tratamento e orientações a seguir) que um médico transmite para outro em virtude de uma referência clínica, é também uma representação da relação de compromisso estabelecida entre médicos de família e médicos hospitalares. No entanto, revelou-se uma divergência e uma dissociação entre a realidade teórica e a realidade prática.

Em consequência do contacto, não tão frequente, entre médicos de família e especialistas hospitalares da ULSCB, a percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família da mesma foi inferior à recebida pelos médicos de família do ACeS Cova da Beira. Verificou-se que os profissionais de medicina geral e familiar da ULSCB recebem maioritariamente uma percentagem de informação de retorno entre 26% e 50%, enquanto os médicos de família do ACeS Cova da Beira recebem, na sua maioria, uma percentagem superior a 75%, apesar de esta diferença entre percentagens não poder ser comprovada para a amostra existente, dado que o teste do Qui-quadrado não foi conclusivo.

Tal como foi referido, no capítulo anterior, os 18 médicos de família inquiridos na ULSCB referiram que, na sua perceção, os três motivos principais para os especialistas hospitalares não enviarem informação de retorno são o facto de estes poderem não considerar importante o envio da informação de retorno, e a falta de tempo e de motivação por parte dos mesmos.

Relativamente à percentagem de recusas recebida por cada médico de família de ambas as instituições analisadas, pôde verificar-se que de um modo maioritário cada médico recebe entre 0% e 25% de recusas e que nenhum dos médicos das duas instituições recebe mais de 50% de recusas.

A maioria da amostra existente refere para tal facto, que, na generalidade, a recusa de referências é um fator bastante raro, pois a maior parte dos médicos de família afirma tentar fazer uma referência correta, sem que se torne apenas numa banalização do seu ato clínico. Salienta-se que uma referência correta implica sempre ser bem documentada

sendo que a carta de referência terá que conter toda a informação necessária, quer do médico referenciador, quer do utente.

Partindo do pressuposto que existia, tal como era esperado, um contacto mais frequente entre os médicos de família e os especialistas hospitalares da ULSCB comparativamente aos médicos de família do ACeS Cova da Beira com os médicos hospitalares, seria de esperar que na ULSCB os tempos de espera para as consultas das várias especialidades fossem inferiores aos dos ACeS, dado que o contacto frequente entre estes médicos pode ser potenciador de um controlo mais eficiente sobre as listas de espera para as consultas das diversas especialidades, controlo este que irá ser benéfico para a redução dos tempos de espera no acesso aos CSS.

Contudo, perante os resultados obtidos, parece não haver evidência sólida para corroborar o enquadramento-teórico.

Em virtude deste contacto pouco frequente entre médicos de família e especialistas hospitalares da ULSCB, os tempos de espera entre as duas instituições envolvidas no estudo mostraram-se bastante semelhantes, tal como se pode verificar pelas tabelas 5 e 6.

Relativamente às correlações obtidas, tal como foi referido no capítulo anterior, verificaram-se duas correlações negativas com significado estatístico entre os tempos de espera para a realização das consultas hospitalares de Cirurgia Geral e Ortopedia e a percentagem de informação de retorno. Tal era de esperar, uma vez que, a Cirurgia Geral e a Ortopedia são duas das três especialidades que geram mais informação de retorno. Naturalmente que se o tempo de espera para as consultas destas duas especialidades aumentar, a percentagem de informação de retorno recebida por parte dos médicos de família irá diminuir.

Por fim, verificou-se ainda uma correlação positiva entre o tempo de espera para a consulta de Ortopedia e a frequência de contacto entre médicos de família e especialistas hospitalares. Tal seria esperado, pois sendo a Ortopedia considerada uma das três especialidades com mais casos de complexidade clínica, um aumento significativo no tempo de espera para a efetivação da consulta hospitalar nesta especialidade será um aspeto negativo, pelo que implicará necessariamente um contacto de um modo mais contínuo entre médicos de família e os especialistas hospitalares.

Conclusão

Conclusões

1 – Considerações Finais

O objetivo deste trabalho consistiu na realização de uma análise comparativa entre os ACeS | Agrupamentos de Centros de Saúde e as ULS | Unidades Locais de Saúde, segundo a perceção dos médicos de família, tendo em conta 4 variáveis:

- A frequência de contacto entre médicos de família e especialistas hospitalares;
- A percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família;
- A percentagem de recusas recebida pelos médicos de família; e por fim
- O tempo de espera entre o pedido das consultas hospitalares e a efetivação das mesmas para as especialidades mais referenciadas.

Desta forma, ao longo de toda a dissertação foi sendo descrito um enquadramento teórico e conceptual relativo aos ACeS | Agrupamentos de Centros de Saúde e às ULS | Unidades Locais de Saúde. Este enquadramento teórico e conceptual revelou ser bastante diferente da realidade prática identificada neste processo de investigação.

Com o estudo realizado foi possível chegar à conclusão que, relativamente à primeira e segunda variáveis - frequência de contacto entre médicos de família e especialistas hospitalares e percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família, respetivamente, as ULS parecem não aduzir nenhuma vantagem significativa.

Perante a comparação de dados estatísticos, meramente descritivos, a frequência de contacto entre os médicos de família e os especialistas hospitalares da ULSCB revelou ser menos efetiva quando comparada com a frequência com que os médicos de família do ACeS Cova da Beira comunicam com os médicos hospitalares.

A percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família revelou ser mais elevada no ACeS Cova da Beira em relação à verificada na ULSCB. No entanto, as diferenças observadas não conseguiram ser confirmadas, para a amostra existente, segundo a realização do teste Qui-quadrado.

No que diz respeito à terceira e quarta variáveis - percentagem de recusas recebida pelos médicos de família e tempo de espera entre o pedido das consultas hospitalares e a

efetivação das mesmas para as especialidades mais referenciadas, respetivamente, as ULS não mostraram desvantagem significativa, mas também não revelaram superioridade.

Face a uma comparação de dados, apenas descritivos, verificou-se que a terceira e quarta variáveis foram bastante semelhantes entre as duas instituições envolvidas no estudo, não se evidenciando desta forma diferenças significativas entre as duas variáveis na ULSCB e no ACeS Cova da Beira.

Desta forma, as conclusões possíveis de extrair neste contexto de investigação ainda que condicionadas pelas limitações técnicas e operacionais do próprio estudo parecem ir de encontro ao que foi referido no Fórum de CSP (Parte III) de 7 de Dezembro de 2012 – *“As ULS não são suficientes, nem provavelmente serão necessárias. Aliás, as ULS foram criticadas argumentando-se que existem outras formas de integração possíveis e que geram os ganhos esperados dessas relações. Como exemplos foram dados os ACeS, por terem a mesma área de influência do hospital de referência.”*

2 – Limitações do Estudo

- Uma das grandes limitações deste estudo prende-se com a sua amostra reduzida: 42 médicos de família. Estes profissionais, na sua maioria, revelaram pouca disponibilidade para colaborar no preenchimento dos questionários;
- Por outro lado, a amostra deste trabalho englobou apenas médicos de família de duas instituições em particular, pelo que os resultados obtidos podem ter sido influenciados pelos ambientes particulares vivenciados nas próprias instituições quer ao nível do contexto profissional, quer ao nível da “cultura organizacional” bem como dos efeitos decorrentes dos processos de integração institucional e de gestão da mudança;
- Por fim, outro dos aspetos frágeis do presente estudo encontra-se no facto do período de realização ter sido relativamente reduzido limitando, desse modo, a obtenção de resultados mais amplos e consistentes;

Neste sentido, parece importante enfatizar que os resultados obtidos no presente estudo não poderão ser generalizados, nesta fase do processo de investigação a outras instituições semelhantes (universo global de ULS e ACeS) constituindo, contudo, um elemento importante de análise e de reflexão.

Desta forma, penso que o estudo deveria ser repetido futuramente, alargando significativamente o seu âmbito, duração e profundidade através, nomeadamente, de uma maior abrangência quanto ao número de médicos de família inquiridos bem como, se possível, através do envolvimento da totalidade das ULS existentes em atividade e dos ACeS afiliados regionalmente.

Por fim, julgo importante referir a importância deste trabalho para a minha formação académica ao longo deste ano dedicado a este projeto. Foi um ano exigente e trabalhoso, que requereu bastante disciplina da minha parte, mas foi um ano, acima de tudo, muito enriquecedor. Retive alguns ensinamentos, que considero, hoje, fulcrais para o sucesso na minha vida profissional.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- ACeS Cova da Beira – Plano de Desempenho (2011)
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. Contrato-Programa 2012: Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos. Lisboa. (Janeiro 2012)
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. Utentes do CTH: Perguntas Frequentes.
- ALMEIDA, P., *et al.*, - Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, Fev, 2010
- ARS Norte (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.) – Unidades Coorden. Funcionais. Disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Planeamento%20Estrat%C3%A9gico/Unidades%20Coorden.%20Funcionais>
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar – As Competências Nucleares do Médico de Família.
- BARREIRO, S. – Referenciação e comunicação entre cuidados primários e secundários. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2005;21:45-53.
- BARROS, P. - Fórum de Cuidados de Saúde Primários (Parte III) (Dezembro 2012)
- BASTOS, J., DUQUIA, R. - Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia *in Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, Out./Dez. (2007)
- BENEDITO, L. *et al.* - Metodologia de Investigação I
- BLAISE, P. *et al.*, - A gestão do desempenho dos médicos de família no Serviço Nacional de Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública (Jan./Jun. 2001)
- BRAGA, R. *et al.*, - Referenciação aos Cuidados de Saúde Secundários. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2006;22:555-68
- CHAVES, C., - Cuidados de Saúde Primários e a Sida *in* Educação, Ciência e Tecnologia

- COELHO *et al.*, - Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública (2010)
- COLEMAN, E. A. *et al.*, (2002). Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. International Journal of Integrated Care, 2.
- CONTI, F. – Biometria – Qui-quadrado.
- COSTA, C.; SANTANA, R. – A integração vertical de cuidados de saúde: aspetos conceituais e organizacionais. Revista Portuguesa de Saúde Pública (Março 2008)
- COSTA *et al.*, - Definição de um modelo de acompanhamento da atividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde e monitorização da modalidade de pagamento aplicada às Unidades Locais de Saúde em 2009. Lisboa. (Setembro 2009)
- DECRETO-LEI nº 11/93. – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
- DECRETO-LEI nº 156/99. – Estabelece o regime dos sistemas locais de saúde.
- DECRETO-LEI nº 207/99. D.R. 1ª Série-A. 133 (9-6-1999).
- DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. 1ª Série-A. 109 (6-6-2006).
- DECRETO-LEI nº 318/2009. D.R. 1ª Série. 212 (2-11-2009).
- ENTIDADE REGULADORA DE SAÚDE. Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde – Relatório Preliminar I. Porto. (Fevereiro 2011)
- Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro. Diário da República. Regime Jurídico da Gestão Hospitalar.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS. (Maio 2012)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Administração Central do Sistema de Saúde “Relatório III – Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde”. Lisboa. (Outubro 2010)

- MIRANDA, J., Como melhorar a ligação Médico de Família/Hospital?. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2001;17:189-90
- LEVITES, M., MONACO, C., RONCOLETTA, A. – Impacto das novas competências do médico de família: coordenação de cuidados no hospital e gestão de pacientes crónicos no domicílio. O Mundo da Saúde São Paulo: 2009;33(1):108-113.
- NEVES, I., Integração e Continuidade de Cuidados (2011)
- OLIVEIRA, C. – Estruturas Organizacionais.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários.
- Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro. Évora (2010)
- PORTAL DA SAÚDE – Cuidados Continuados Integrados. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/cuidados+continuados/cuidados+continuados.htm>
- PORTARIA n.º 274/2009. D.R. 1ª Série. 54 (18-3-2009)
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias para a Saúde. Lisboa (Junho 2011)
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Políticas Transversais – Tecnologias de Informação e Comunicação. (Junho 2011)
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estudo “Integração e Continuidade de Cuidados”. (Outubro 2010)
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estudo “Tecnologias de Informação e Comunicação”. (Setembro 2010)

- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: “A qualidade dos cuidados e dos serviços”. (Dezembro 2010)
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados de Saúde Hospitalares. (Outubro 2010)
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estudo “Cuidados de Saúde Primários 2011-2016: reforçar, expandir”
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Orientação da DGS. Lisboa (Fevereiro 2013)
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Grupo Técnico para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários): Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde. (Setembro 2012)
- Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (Proposta)
- SANTANA, R. – O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: a utilização dos consumos com medicamentos como proxy da carga de doença em ambulatório. Lisboa. (Julho 2011)
- SOUSA, A. – Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.
- SOUSA, J., Referenciação – onde muitos ralham e poucos têm razão *in* Revista Portuguesa de Clínica Geral 2006;22:665-8
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Modelo de Referenciação de Utentes (Setembro 2009)
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados – Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Setembro 2009)

Anexos

Anexos**Questionário a aplicar aos Médicos de Família**

- O presente questionário integra a componente do trabalho de projeto que a investigadora se encontra a desenvolver, no âmbito do Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa;
- Tem como objetivo avaliar as vantagens e desvantagens das Unidades Locais de Saúde em relação aos ACeS;
- Responda por favor a TODOS os itens POR ORDEM, uma vez que o questionário está ordenado por uma sequência lógica;
- É anónimo e todos os dados serão confidenciais;
- Terá uma duração de 15 minutos.

Questão 1. Local de Trabalho

ACeS Cova da beira	
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	

Questão 2. Quais os 3 motivos principais que o (a) levam a referenciar?

Doentes enviados para diagnóstico	
Doentes enviados para investigação	
Para obter uma segunda opinião	
Para a gestão clínica do paciente	
Para o doente receber um tratamento específico	
Por ter necessidade de partilhar os cuidados de um doente problemático	
Por se relacionar mal com o doente	
Pelo facto de o doente exigir ser referenciado	
Para tranquilizar o doente	
Outros	

Qual (ais)? _____

Questão 3. Da lista de especialidades que se segue, quais as 5 para que mais referencia?

Anestesiologia		Gastroenterologia	
Cardiologia		Ginecologia	
Cirurgia Geral		Ginecologia (Apoio à fertilidade)	
Dermato-Venerologia		Imunoalergologia	
Endocrinologia-Diabetologia		Medicina Física e de Reabilitação (Fisiatria)	
Estomatologia		Medicina Interna	

Nefrologia		Pediatria	
Neurologia		Pneumologia	
Obstetrícia		Psiquiatria	
Oftalmologia		Reumatologia	
Oncologia Médica		Urologia	
Ortopedia		Outras	
Otorrinolaringologia			

Qual (ais)? _____

Questão 4. Das especialidades assinaladas na questão anterior, qual o tempo de espera entre o pedido de consulta e a efetivação da mesma?

Anestesiologia		Cardiologia	
<6 meses		<6 meses	
>6 meses		>6 meses	

Cirurgia Geral		Dermato-Venerologia	
<6 meses		<6 meses	
>6 meses		>6 meses	

Endocrinologia-Diabetologia		Estomatologia	
<6 meses		<6 meses	
>6 meses		>6 meses	

Gastrenterologia		Ginecologia	
<6 meses		<6 meses	
>6 meses		>6 meses	

Ginecologia (Apoio à fertilidade)		Imunoalergologia	
<6 meses		<6 meses	
>6 meses		>6 meses	

Medicina Física e de Reabilitação (Fisiatria)		Medicina Interna	
<6 meses		<6 meses	
>6 meses		>6 meses	

Nefrologia		Neurologia	
<6 meses		<6 meses	
>6 meses		>6 meses	

Obstetrícia		Oftalmologia	
<6 meses		<6 meses	
>6 meses		>6 meses	

Oncologia Médica		Ortopedia	
<6 meses		<6 meses	
>6 meses		>6 meses	

Otorrinolaringologia		Pediatria	
<6 meses		<6 meses	
>6 meses		>6 meses	

Pneumologia		Psiquiatria	
<6 meses		<6 meses	
>6 meses		>6 meses	

Reumatologia		Urologia	
< 1 semana		< 1 semana	
1 semana – 1 mês		1 semana – 1 mês	

Para o caso de ter respondido “outras”:

< 1 semana		< 1 semana	
1 semana – 1 mês		1 semana – 1 mês	

Questão 5. Da lista de especialidades médicas anterior, quais as 3 que geram mais informação de retorno? Porquê?

Questão 6. E quais as 3 que geram menos? Porquê?

Questão 7. Qual a percentagem de informação de retorno que recebeu desde o início do ano 2009?

0% - 25%	
26% - 50%	
51% - 75%	
> 75%	

Questão 8. Geralmente, em que altura recebe a informação de retorno?

Após a primeira consulta hospitalar	
Após o plano de tratamento definido	
Após a alta da consulta hospitalar	

Questão 9. Quais os 3 principais motivos que considera mais viáveis para que os especialistas hospitalares não enviem informação de retorno?

Não consideram importante o envio da informação de retorno	
O doente faltou à consulta	
O doente faleceu	
Falta de tempo por parte do especialista	
Falta de motivação por parte do especialista	
Má referência da sua parte	
Desconhece a causa	
Outros	

Qual (ais)? _____

Questão 10. Qual a percentagem de recusas que recebeu desde o início do ano 2009?

0% - 25%	
26% - 50%	
51% - 75%	
> 75%	

Questão 11. Qual o motivo que considera mais credível para que os especialistas hospitalares recusem determinadas referências?

Cartas de referência pouco legíveis	
Cartas de referência que não obedecem a um protocolo eventualmente estabelecido	
Referência desnecessária da sua parte	
Outros	

Qual (ais)? _____

Se é membro da ULSCB:**Questão 12. Mantém um contacto frequente com os especialistas hospitalares?**

Sim	
Não	

Questão 13. Com que frequência comunica com os especialistas hospitalares?

Todos os dias	
1 vez por semana	
1 vez de 15 em 15 dias	
1 vez por mês	
1 vez de 3 em 3 meses	
1 vez de 6 em 6 meses	
1 vez por ano	
+ de um ano sem comunicar	

Questão 14. Se respondeu sim à questão 12, porquê?

Questão 15. Se respondeu sim à questão 12, é da opinião que a criação desta Unidade Local de Saúde tem sido vantajosa para tal?

Questão 16. Se respondeu não à questão 12, refira os principais motivos.

Questão 17. Se respondeu não à questão 12, no seu entender, o que poderia ser feito para melhorar esta situação?

Se é membro do ACeS Cova da Beira:**Questão 12. Mantém um contacto frequente com os especialistas hospitalares?**

Sim	
Não	

Questão 13. Com que frequência comunica com os especialistas hospitalares?

Todos os dias	
1 vez por semana	
1 vez de 15 em 15 dias	
1 vez por mês	
1 vez de 3 em 3 meses	
1 vez de 6 em 6 meses	
1 vez por ano	
+ de um ano sem comunicar	

Questão 14. Se respondeu sim à questão 12, porquê?

Questão 15. Se respondeu não à questão 12, refira os principais motivos.

Questão 16. Se respondeu não à questão 12, no seu entender, o que poderia ser feito para melhorar esta situação?

Questão 17. Se respondeu não à questão 12, acha que a criação de uma Unidade Local de Saúde seria vantajosa para melhorar esta situação?

Obrigada pela sua colaboração!